

*Interdisziplinäre Forschung
für Effizienz und Qualität
im Gesundheitswesen*

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

im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK)

Hamburg, September 2020

Autoren

Prof. Dr. Jonas Schreyögg
Jonas.Schreyoegg@uni-hamburg.de
T +49 40 42838-8040

Ricarda Milstein
Ricarda.Milstein@uni-hamburg.de
T +49 40 42838-8047

Universität Hamburg
Hamburg Center for Health Economics
Esplanade 36
20354 Hamburg

Zusammenfassung

Die Einführung des Fallpauschalensystems gilt als Meilenstein für das deutsche Gesundheitssystem. Der Maxime „Gleicher Preis für gleiche Leistung“ folgend sollte es die Transparenz, Effizienz und Wirtschaftlichkeit der stationären Leistungserbringung verbessern, die Verweildauern senken und die Bettendichte verringern. In einem Fallpauschalensystem werden Patienten auf Basis ihrer Hauptdiagnose und weiterer medizinischer Merkmale in Diagnosegruppen eingeteilt, die ihre finanzielle Ressourcenintensität widerspiegeln. Dieser Ansatz honoriert Krankenhäuser für eine kostengünstige Leistungserbringung.

Diesen Ansatz wollten sich Anfang dieses Jahrtausends fast alle Industrienationen zu Nutze machen. Deutschland reihte sich mit der Umstellung von Tagessätzen auf Fallpauschalen in einen internationalen Trend ein, der Anfang der 1980er Jahre von den Vereinigten Staaten gestartet wurde. Knapp zwei Jahrzehnte später können die Vor-, aber auch die Nachteile klarer umrissen werden. Letztere sind einerseits auf die grundsätzliche Struktur eines Fallpauschalensystems und andererseits auf dessen deutsche Ausgestaltung zurückzuführen. So ist im deutschen Fallpauschalensystem nahezu die gesamte Vergütung an das Fallpauschalensystem geknüpft, weswegen der Anreiz zur Mengenausweitung stärker als in anderen Ländern ist. Diese Anreizstruktur trifft auf eine im OECD-Vergleich hohe Krankenhausedichte und vergleichsweise niedrige Preise, welche die Mengenausweitung begünstigen. Darüber hinaus folgt Deutschland im Gegensatz zu anderen Ländern einem „Einhausansatz“, der unterschiedliche Vorhaltekosten, beispielsweise in der Notfallversorgung, und unterschiedliche Kostenstrukturen, beispielsweise durch höhere Löhne in urbanen Regionen außer Acht lässt. Das System wird zusätzlich verzerrt durch eine nicht repräsentative und sich ändernde Kalkulationsstichprobe.

Die Notwendigkeit der Reform des Fallpauschalensystems ist mittlerweile weitgehend Konsens. Der Umfang der Reformen ist davon abhängig, ob Deutschland Verzerrungen und Fehlanreize in der Vergütung korrigieren und die Fairness des Systems erhöhen will, oder ob es dem Vergütungssystem eine größere, gestalterische Rolle zuteilen möchte. Für beide Optionen liegen international Beispiele vor, die im Rahmen dieses Papiers vorgestellt werden und deren Übertragung auf Deutschland diskutiert wird.

Reformen *innerhalb* des bestehenden Systems erhöhen die Leistungsgerechtigkeit der Vergütung

Reformen innerhalb des bestehenden Systems korrigieren Defizite der Vergütung innerhalb ihrer Zielsetzung (Abschnitt B). Sie zielen darauf ab, die Kostenunterschiede von Krankenhäusern, die außerhalb ihrer Kontrolle liegen,

angemessener zu vergüten. Dadurch sinkt der Druck, das Angebot entlang lukrativer Fallpauschalen zu orientieren, um Defizite in der Systematik der Vergütung auszugleichen. Zudem könnte die bereits begonnene Einführung von Qualitätsmerkmalen in der Vergütung ausgebaut werden.

1. **Weiterentwicklung der Kalkulation:** Die derzeitige Zusammensetzung auf Basis der freiwillig an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser ist nicht ausreichend repräsentativ. Ausgewählte Krankenhausgruppen sind unterrepräsentiert. Daher wird ihren Kosten nicht angemessen Rechnung getragen. Darüber hinaus ändert sich die Kalkulationsstichprobe jährlich. Dadurch ändern sich die Krankenhauspreise auch durch den Zu- und Abgang von Krankenhäusern. Die durch das Krankenhausstrukturgesetz eingeleitete Verpflichtung unterrepräsentierter Krankenhäuser hat keine ausreichende Abhilfe geschaffen und adressiert das Problem einer schwankenden Stichprobe nicht. Eine Gewichtung unterrepräsentierter Krankenhäuser und eine rechnerisch konstant gehaltene Kalkulationsstichprobe kann diesem Problem hingegen begegnen (Siehe Abschnitt B.1).
2. **Berücksichtigung von Vorhaltekosten in der Vergütung:** Krankenhäuser müssen Strukturen aufrechterhalten, um jederzeit eine angemessene, qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung bieten zu können. Diese werden derzeit nicht ausreichend berücksichtigt. Die Vergütung ist zurzeit nahezu ausschließlich an die Behandlung von Fällen geknüpft und setzt einen Anreiz zur Fallzahlausweitung, um die Vorhaltekosten zu decken. Eine Vergütung von Vorhaltekosten entkoppelt die Vorhaltung von dem ökonomischen Anreiz zur Fallzahlausweitung. Sie kann durch Strukturvorgaben komplementiert werden, um eine zielgerichtete Finanzierung von bedarfsnotwendigen Strukturen sicherzustellen, anstatt eine Überversorgung aufrechtzuerhalten. Zur leistungsgerechten Umlage der Kosten bietet sich eine Verteilung auf die Krankenkassen analog zum Pflegebudget an (Siehe Abschnitt B.2).
3. **Berücksichtigung unterschiedlicher Kostenstrukturen in der Vergütung:** Die Kosten von Krankenhäusern sind unterschiedlich. Urbane Krankenhäuser haben beispielsweise in der Regel höhere Lohnkosten als ländliche Krankenhäuser. Krankenhäuser mit höheren Versorgungsstufen haben oftmals andere Kostenstrukturen, als Krankenhäuser der Grundversorgung. Im derzeitigen Fallpauschalensystem werden allerdings alle Krankenhäuser gleichbehandelt. Eine Anpassung der Preise an geographische und Strukturunterschiede trägt den unterschiedlichen Kostenstrukturen Rechnung. Eine Verknüpfung mit Qualitätsvorgaben sichert auch hier, dass Finanzmittel zielgerecht eingesetzt werden (Siehe Abschnitt B.3).
4. **Integration von Qualität in die Vergütung (Qualitätsorientierte Vergütung):** Für die Vergütung von Krankenhausleistungen ist die Qualität der Leistungserbringung derzeit nicht ausreichend relevant. Bisher werden

Qualitätsmerkmale nur an wenigen Stellen in der Vergütung, zum Beispiel bei Komplexbehandlungen, berücksichtigt. Damit werden solche Krankenhäuser im Wettbewerb benachteiligt, die höhere Ressourcen aufwenden, um eine qualitativ hochwertigere Leistungserbringung sicherzustellen. Die Knüpfung der Vergütung an Qualitätsindikatoren, insbesondere der Struktur- und Prozessqualität, kann diese Schieflage korrigieren (Siehe Abschnitt B.4).

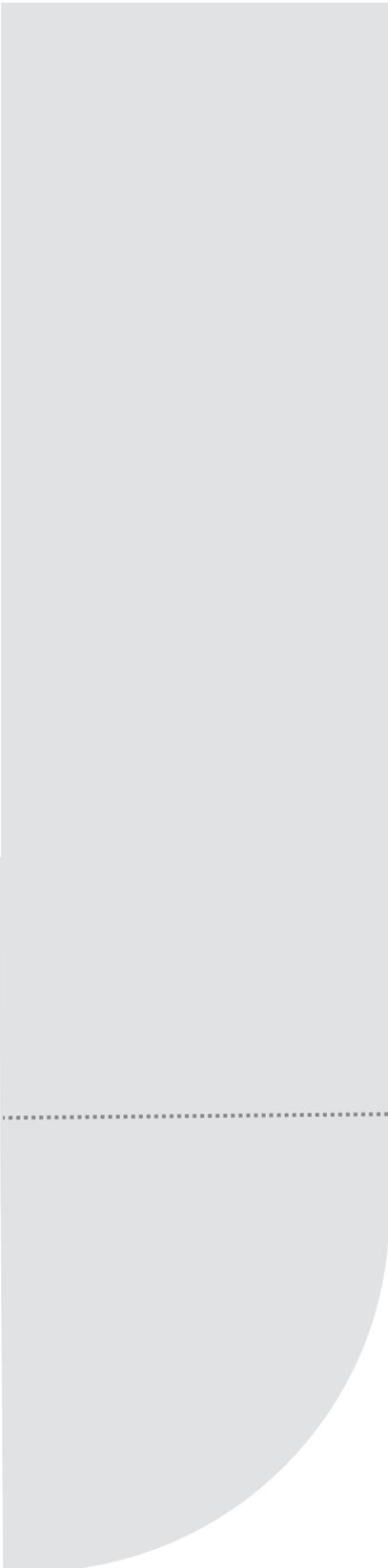
Reformen *jenseits* des bestehenden Systems wirken gestalterisch

Reformen jenseits des bestehenden Systems (Abschnitt C) werden international verwendet, um eine Verlagerung der Leistungserbringung aus dem stationären in den ambulanten Sektor anzuregen, dem realen Patientenweg durch eine moderne Ausrichtung der Sektoren des Gesundheitswesens Rechnung zu tragen und die Ausgabensteigerung und Mengenentwicklung durch eine neue Zielorientierung in der Vergütung einzudämmen.

1. **Finanzielle Anreize für sektorengleiche Leistungen:** Derzeit besteht für Krankenhäuser kein Anreiz, Patienten ambulant zu behandeln, auch wenn ihr medizinischer Zustand dies erlauben würde. Stattdessen ist die stationäre Einweisung deutlich lukrativer. Eine identische Vergütung der ambulanten und stationären Leistungserbringung für ausgewählte Leistungsbereiche kann diesen Anreiz umkehren (Siehe Abschnitt C.1).
2. **Performanzorientierte Budgetierung von Krankenhausleistungen:** Fallpauschalensysteme setzen in ihrem Kern einen Anreiz zur Mengenausweitung. Dieses bleibt auch bei Anpassungen durch Reformen des Fallpauschalensystems erhalten. Andere Vergütungssysteme, zum Beispiel eine performanzorientierte Vergütung nach Budgets und Fallpauschalen, die mehrere Zielvorgaben integriert, könnten zu einer höheren Kosteneffektivität des deutschen Krankenhauswesens beitragen (Siehe Abschnitt C.2).
3. **Finanzielle Anreize für sektorenübergreifende Leistungen (Bundled Payments):** Das deutsche Gesundheitswesen ist von einer starken Sektorentrennung gekennzeichnet. Dies betrifft auch die stationäre Versorgung. Die Bündelung von ambulanten und stationären Leistungserbringern entlang des Behandlungspfades von Patienten fasst diese Sektoren zusammen und schafft ein gemeinsames Verständnis der Leistungserbringung (Siehe Abschnitt C.3).

Inhalt

A.	Status Quo	7
1.	Einleitung.....	7
2.	Das G-DRG-System: Guter Ansatz mit viel Verbesserungsbedarf.....	8
B.	Reformoptionen des bestehenden Systems.....	19
1.	Weiterentwicklung der Kalkulation	19
2.	Berücksichtigung von Vorhaltekosten in der Vergütung	21
3.	Berücksichtigung unterschiedlicher Kostenstrukturen in der Vergütung.....	26
4.	Integration von Qualität in die Vergütung (Qualitätsorientierte Vergütung)	31
C.	Neue Ansätze der Krankenhausfinanzierung.....	36
1.	Finanzielle Anreize für sektorengleiche Leistungen	37
2.	Performanzorientierte Budgetierung von Krankenhausleistungen	40
3.	Finanzielle Anreize für sektorenübergreifende Leistungen (Bundled payments)	45
D.	Zusammenfassung und Fazit.....	48
E.	Krankenhausvergütung im Lichte von Corona.....	51
F.	Literaturverzeichnis	57



Teil A

Status Quo

A. Status Quo

1. Einleitung

Nach wenig erfolgreichen Versuchen zur Steigerung der Effizienz und Wirtschaftlichkeit des deutschen Krankenhausesektors sollte das 2003 verpflichtend eingeführte und ab 2005 budgetrelevante Fallpauschalensystem endlich die erwünschte Verbesserung erzielen. Knapp zwei Jahrzehnte später fällt die Bilanz gemischt aus. Die Mengensteigerung ist nur zum Teil durch demografische Faktoren erklärbar, die Senkung der Verweildauer ist seit der Einführung nicht markanter, als vor ihr, und die Auswirkung auf die Effizienz ist unklar. Mittlerweile steht in Frage, ob die Vorzüge des derzeitigen Fallpauschalensystems die negativen Begleiterscheinungen ausgleichen können.

Die öffentliche Diskussion spannt sich von einer Kritik der deutschen Ausgestaltung des Fallpauschalensystems bis zu einer grundsätzlichen Frage, ob die Wahl des Fallpauschalensystems als primäre Vergütungsform noch zeitgemäß ist. Dementsprechend rangieren die Reformmöglichkeiten von einer behutsamen Weiterentwicklung des bestehenden Systems, um Fehlanreize zu reduzieren, eine bedarfsgerechte Vergütung zu erlauben und die Wettbewerbsbedingungen zu verbessern, bis hin zu einer (Teil-)Ablösung durch jährliche, performanzorientierte Budgets, die eine größere Planbarkeit erlauben und die Vergütung an verschiedenen Zielen orientieren. Die deutsche Ausgestaltung des Fallpauschalensystems führt derzeit zu Wettbewerbsverzerrungen. Dies schlägt sich in ungünstigen Anreizen zur Leistungserbringung nieder. Die Kalkulationsstichprobe, die als Grundlage zur Fallpauschalenberechnung verwendet wird, ist nicht repräsentativ und ändert sich regelmäßig. Die Vorhaltekosten von Krankenhäusern werden unzureichend abgedeckt und die unterschiedlichen Kostenstrukturen von Krankenhäusern werden nicht berücksichtigt. Dies trifft insbesondere Krankenhäuser in urbanen Regionen mit hochspezialisierter Leistungserbringung, sowie Krankenhäuser in ländlichen Strukturen mit geringen Bevölkerungsdichten. Als Konsequenz müssen sie die Fallzahlen ausweiten, um ihre Kosten zu decken. Ebenso ist die Qualität unzureichend berücksichtigt. Deutschland hat die Fehlanreize bereits erkannt und entscheidende Reformen, wie beispielsweise Sicherstellungszuschläge und eine Neuordnung der Notfallversorgung, auf den Weg gebracht. Derzeit sind jedoch die Effekte dieser Reformen nicht sichtbar, weil die Maßnahmen finanziell eine vergleichsweise geringe Rolle spielen.

Neben einer Optimierung des bestehenden Fallpauschalensystems kann Deutschland das Vergütungssystem nutzen, um Hindernisse in der Gesamtstruktur des Systems zu adressieren. Dies umfasst sowohl eine flexiblere Wahl des Behandlungssektors in Abhängigkeit des Krankheitsbildes des Patienten anstelle der

der Vergütung, als auch eine ganzheitlichere Vergütung, die am Behandlungspfad des Patienten anstelle des behandelnden Sektors ausgerichtet ist.

Deutschland hat das Problem der starken Sektorentrennung des deutschen Gesundheitssystems zwar bereits erkannt und erste Ansätze zur Öffnung vorgenommen, das Vergütungssystem bleibt jedoch in seinen jeweiligen Sektoren verhaftet. Darüber hinaus bleibt offen, ob Deutschland an der Zielsetzung des Fallpauschalensystems, der primären Ausrichtung der Vergütung an der Fallerbringung, festhalten möchte, oder ob es eine Pluralisierung der Zielsetzung anstrebt. Eine Kombination der Vergütung aus performanzorientierten Budgets und Fallpauschalen beispielsweise erlaubt eine bessere Planbarkeit der Vergütung, mildert den Anreiz zur Mengenausweitung und erlaubt die Integration von Qualitätszielen. Bei der Abwägung der Reformoptionen stehen Deutschland die Erfahrungen anderer OECD-Länder zur Seite. Diese sind von den negativen Seiten des Fallpauschalensystems in der Regel weniger stark betroffen. Sie konnten die Probleme des deutschen Fallpauschalensystems entweder von vorne herein vermeiden, haben sie durch nachfolgende Anpassungen der Vergütungssystematik beseitigt, oder haben sich von der Vergütung auf Basis von Fallpauschalen als dominierendem System ab-, und neuen Vergütungsformen zugewandt.

Die vorliegende Expertise beginnt mit einem Resumée der vergangenen knapp zwei Jahrzehnte der hiesigen Erfahrung mit dem Fallpauschalensystem. Es beleuchtet die Schwachstellen des deutschen Vergütungssystems und diskutiert Reformoptionen auf Basis der Ansätze und Erfahrungen ausgewählter führender OECD-Staaten. Dies erfolgt in zwei Teilen. Zuerst werden Reformoptionen innerhalb des bestehenden Vergütungssystems aufgezeigt. Anschließend werden fundamentalere Reformen anderer OECD-Länder beleuchtet, die über das bestehende Vergütungssystem hinausgehen. Die Expertise schließt mit einer Zusammenfassung der Reformoptionen.

2. Das G-DRG-System: Guter Ansatz mit viel Verbesserungsbedarf

Das deutsche Fallpauschalensystem, beziehungsweise G-DRG-System, war die Konsequenz von wenig erfolgreichen Versuchen, die Effizienz, Transparenz und Wirtschaftlichkeit des deutschen Vergütungssystems durch ein Zusammenspiel von Fallpauschalen, Sonderentgelten und Pflegesätzen zu verbessern, gleichzeitig einen Bettenabbau einzuleiten und die Verweildauern zu senken (Deutscher Bundestag 1999). Rund eine Dekade von Versuchen, die negativen Begleiterscheinungen der bis dato vorherrschenden Vergütung nach Tagessätzen (*per-diem-Vergütung*) behutsam durch ergänzende Vergütungsstrukturen zu straffen, galt offiziell als gescheitert (Deutscher Bundestag 1999). Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz¹

¹ Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) i.d.F. der Bekanntmachung vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I Nr. 59 S. 2266).

führte Deutschland zu 1993 eine Budgetierung der Krankenhauskosten ein. Dies war Teil einer grundlegenden Strukturreform, um der „dramatischen“ Kostenentwicklung der GKV Einhalt zu gebieten und die Beitragssatzstabilität zu gewährleisten (Deutscher Bundestag 1992). Zudem stand das alte System für seine mangelnde Transparenz, Effizienz und Wirtschaftlichkeit in der Kritik (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1990). Dem folgte 1995 zunächst auf freiwilliger Basis und ab 1996 verpflichtend die Einführung pauschalisierter, leistungsbezogener Entgelte, das die Krankenhäuser zu einem wirtschaftlichen Verhalten anhalten sollte²³. Rund 20 % der Krankenhausleistungen wurden im Folgenden über 73 Fallpauschalen und 147 Sonderentgelte finanziert (Deutscher Bundestag 1997). Zu Beginn dieses Jahrtausends galt dieses Mischsystem offiziell als gescheitert (Deutscher Bundestag 2001). Als Konsequenz folgte Deutschland anderen OECD-Ländern, die seit Ende der 1980er sukzessive mit der Umstellung von Vergütungssystemen auf DRG-Systeme begonnen hatten und stellte die nahezu gesamte Krankenhausvergütung auf ein Fallpauschalensystem um.

Die Einführung des deutschen Fallpauschalensystems war langwierig und holperig und ist bis heute nicht abgeschlossen. Im Jahr 2000 verabschiedete der Deutsche Bundestag die Einführung eines „durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalisierten Vergütungssystems für vereinbarte Mengen“ für voll- und teilstationäre Leistungen ab dem 1. Januar 2003⁴. Die zunächst angedachte Rückführung der seit Jahren problematischen dualistischen Krankenhausfinanzierung in eine Monistik konnte wegen mangelnder Zustimmung des Bundesrates nicht umgesetzt werden (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1990; Deutscher Bundestag 1999). Nachdem die Verhandlungen der Selbstverwaltung bei der Entscheidung für das AR-DRG-System stecken geblieben waren, regelte der Gesetzgeber zunächst die weitere Ausgestaltung und verlängerte die Konvergenzphase bis 2010⁵. 2005 gelang der Selbstverwaltung erstmals die Einigung auf eine Fallpauschalenvereinbarung (AOK-Bundesverband et al. 2004).

² Vgl. Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) i.d.F. der Bekanntmachung vom 21.12.1992 (BGBl. I S. 2266).

³ Vgl. Verordnung zur Neuordnung des Pflegesatzrechts i.d.F. der Bekanntmachung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750).

⁴ Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) i.d.F. der Bekanntmachung vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626).

⁵ Vgl. Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG) i.d.F. der Bekanntmachung vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412); Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 (Fallpauschalenverordnung 2004 – KFPV 2004) vom 13. Oktober 2003 (BGBl. I S. 1995); Verordnung zur Bestimmung vorläufiger Landes-Basisfallwerte im Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005 (Fallpauschalenverordnung 2005 – KFPV 2005) i.d.F. der Bekanntmachung vom 12. Mai 2005 (BGBl. I S. 1335).

Das Fallpauschalensystem knüpft die Vergütung an die Fallzahl

In einem Fallpauschalensystem wird jeder Patient einer diagnosebezogenen Gruppe, beziehungsweise Diagnosis-Related Group (DRG), zugeordnet. Das deutsche System umfasst derzeit rund 1 300 dieser Gruppen (InEK 2018, 2019). Die Zuordnung erfolgt zunächst durch die Hauptdiagnose des Patienten. Neben der Hauptdiagnose geben das Alter und Geschlecht des Patienten, sowie weitere Nebendiagnosen und Prozeduren, sofern zutreffend auch die Zahl der Beatmungstunden und des Geburtsgewichtes, weitere Auskünfte über den Schweregrad des Patienten. Jeder Erlös besteht aus zwei Komponenten - dem Schweregrad, beziehungsweise Relativgewicht, welches die Ressourcenintensität der Behandlung einer DRG gegenüber allen anderen DRGs ausdrückt, und dem Landesbasisfallwert des jeweiligen Bundeslandes, der das grundsätzliche Preisniveau angibt.

Die Vergütung nach Fallpauschalen setzt klare Anreize an das Krankenhaus (Ellis und McGuire 1996; Schreyögg 2019). Erstens knüpft sie die Vergütung an die Fallzahl. Ein Krankenhaus erhält mehr Erlöse, wenn es mehr Patienten aufnimmt und behandelt. Dies ist attraktiv für Länder mit hohen Wartezeiten und einer hohen Bettenauslastung, da es sich für Krankenhäuser finanziell auszahlt, in der gleichen Zeit mehr Patienten zu behandeln. Zweitens hält es Krankenhäuser dazu an, mit den Krankenhauskosten unterhalb der Vergütung der jeweiligen Fallpauschale zu bleiben (*Yardstick-competition* (Shleifer 1985)). Krankenhauspreise sind in der Regel Durchschnittskosten. Krankenhäuser, die darüber liegen, machen Verluste und müssen ihre Kosten senken. Dies gelingt beispielsweise durch einen geringeren Personaleinsatz, die Vermeidung unnötiger Prozeduren oder die Reduzierung der Verweildauer. Umgekehrt machen Krankenhäuser, deren Kosten unterhalb der Durchschnittskosten liegen, Gewinn. Drittens inzentiviert es Krankenhäuser, die Verweildauer zu senken. Für jede Fallpauschale sind eine durchschnittliche Verweildauer, sowie ein Verweildauerspektrum vorgesehen. Finanzielle Zu- und Abschläge bei Abweichungen nach oben, bzw. unten, sollen Krankenhäuser dazu anhalten, innerhalb dieser Grenzen zu bleiben. Damit ist es für ein Krankenhaus im Gegensatz zur vorherigen Vergütung nach Tagessätzen finanziell nicht mehr interessant, die Verweildauer über die obere Grenze hinaus auszuweiten. Gleichzeitig soll eine Mindestverweildauer blutige, medizinisch vorschnelle Entlassungen vermeiden. Eine kürzere Verweildauer wird zudem dadurch befördert, dass geringere Verweildauern mehr Aufnahmen von neuen Patienten erlauben, die sich wiederum in weitere Erlöse übersetzen.

Zum Zeitpunkt der deutschen Einführung nach der Jahrtausendwende waren Fallpauschalensysteme en vogue und wurden von diversen OECD-Ländern als Antwort auf die in ihren Ländern bestehenden Herausforderungen angesehen. Diese kamen aus zwei gegensätzlichen Ausgangslagen (Geissler et al. 2011). Länder, die ihre Krankenhäuser zuvor nach Einzelleistungen, beziehungsweise *fee-for-service*,

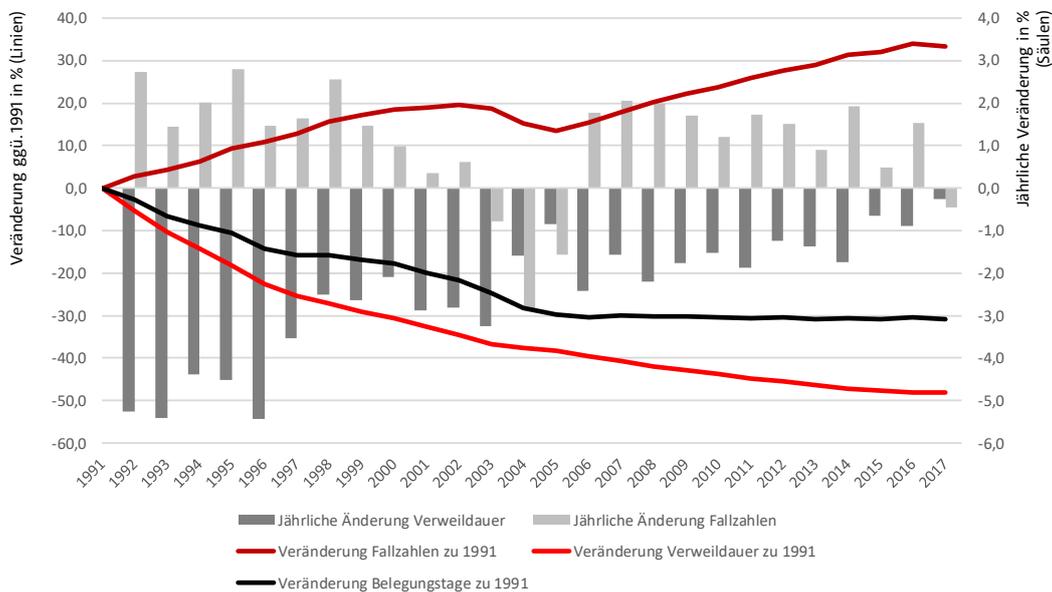
vergütet hatten, erhofften sich eine Kostendämpfung der Krankenhausausgaben dank ressourcenärmerer Leistungserbringung (Coulam und Gaumer 1992). Länder, die zuvor mit Budgets gearbeitet hatten, hofften auf mehr Effizienz, Transparenz und Wirtschaftlichkeit, geringere Wartezeiten und kürzere Verweildauern. Die Vereinigten Staaten starteten früh mit der Umstellung auf Fallpauschalen. Medicare und Medicaid ersetzten die Vergütung nach Einzelleistungen bereits 1983 durch Fallpauschalen in der Hoffnung auf Kostendämpfung. Die erste Zwischenbilanz klang vielversprechend. Die ersten Untersuchungen nach der Einführung des Fallpauschalensystems für Medicare im Jahr 1983 wiesen auf eine erfolgreiche Kostendämpfung und eine Senkung der Verweildauer hin (Feder et al. 1987; Russell und Manning 1989; Sager et al. 1989), wenngleich sich erste Hinweise auf unerwünschte Nebeneffekte zeigten (Coulam und Gaumer 1992). Dem folgten 1987 Portugal, 1993 Australien (Victoria) und 1997 nach sechs Jahren Pilotphase Norwegen (Magnussen und Solstad 1994; Duckett 1995; Kjerstad 2003). Im Gegensatz zu den Vereinigten Staaten vergüteten alle drei Länder zuvor auf der Basis von globalen Budgets. Folgerichtig standen Effizienzgewinn, der Abbau von Wartezeiten und eine Aktivitätssteigerung im Vordergrund der Einführung (Duckett 1995; Kjerstad 2003). Nicht anders war dies in England und Frankreich. England wollte mit der Überführung der Vergütung ins Fallpauschalensystem dem seit den 1980ern existierenden Problem langer Wartezeiten entgegenwirken, an dem diverse Politikmaßnahmen zuvor gescheitert waren. Fallpauschalen sollten endlich die Krankenhausaktivität und –produktivität steigern und damit Wartezeiten senken. Frankreichs Umstellung auf Fallpauschalen (*tarification à l'activité*) erfolgte zeitgleich zu Deutschland und aus denselben Gründen (Feder et al. 1987; Or 2014). Das Land stellte dem eine fünfjährige Pilotphase von 1999 bis 2004 voraus⁶, bevor es das Fallpauschalensystem verpflichtend in Schritten ausrollte⁷. Überdies führte es zwei seit 1983 bestehende Vergütungssysteme zusammen – die Vergütung nach jährlichen Budgets der öffentlichen Krankenhäuser und die Vergütung nach Einzelleistungen privater Krankenhäuser.

⁶ Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture médicale universelle [Gesetz Nr. 99-641 des 27. Juli 1999, das die Einführung einer einheitlichen Krankenversicherung beinhaltet] (JORF n° 0172 du 28 juillet 1999).

⁷ Articles 22 à 34 du loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 [Artikel 22 bis 34 Nr. 2003-1199 vom 18. Dezember 2003 zur Finanzierung der Sozialversicherung für das Jahr 2004] (JORF n° 293 du 19 décembre 2003).

Die deutsche Fallzahldynamik ist nur teilweise nachfrageseitig zu erklären

Abbildung 1: Entwicklung von Kernindikatoren (1990-2017)

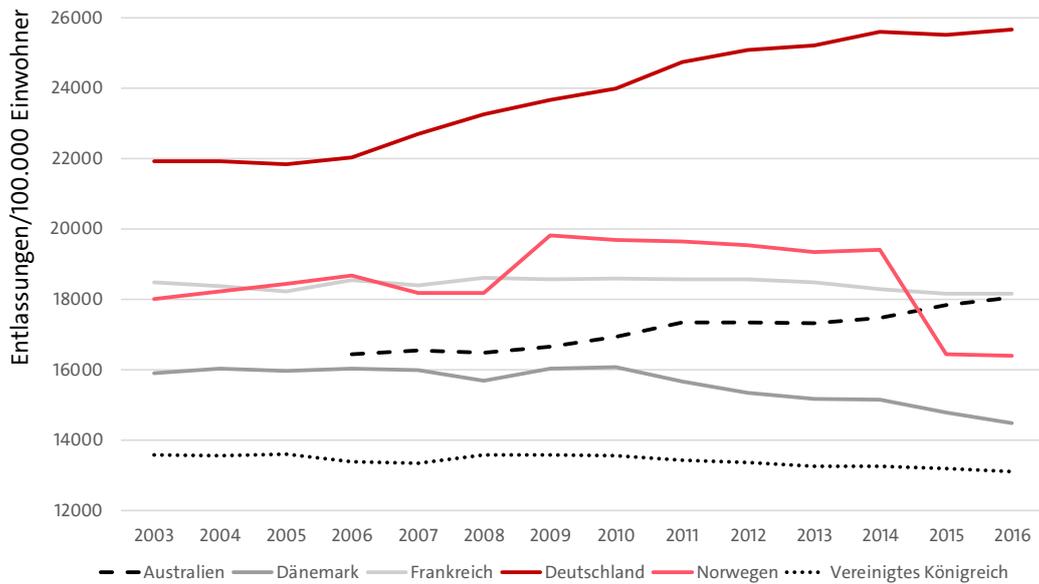


Quelle: (Statistisches Bundesamt 2018b).

Die deutsche Leistungserbringung ist von einer starken Mengenentwicklung gekennzeichnet (Siehe Abbildung 1). Dies gilt sowohl für die Zeit nach der Einführung des Fallpauschalensystems, als auch für Perioden davor. Vor Einführung des Fallpauschalensystems war Deutschland bereits von einer Mengenentwicklung betroffen. Zwischen 1991 und 2002 stieg die Zahl der Fälle um insgesamt 20 %. Nach einem kurzen Rückgang zwischen 2002 und 2005 dank der Verlagerung von Operationen in den ambulanten Sektor stieg sie in der Phase zwischen 2005 bis 2017 wieder um insgesamt 18 % an. Die jährliche Wachstumsrate seit 2005 ist mit 1,4 % fast genauso hoch wie vor der Einführung des Fallpauschalensystems mit einem jährlichen Zuwachs von 1,6 % zwischen 1991 und 2002. Der Zuwachs seit 2005 ist nur bis zu 20 % über nachfrageseitige Veränderungen, u.a. Veränderungen der Bevölkerungsstruktur, zu erklären (Krämer und Schreyögg 2019). Der größte Anteil des Zuwachses ist vielmehr ökonomischen Anreizen der Vergütung bei bestehenden freien Kapazitäten geschuldet. Einen weiteren Anreiz stellen die jährlichen Veränderungen der Relativgewichte dar. (Schreyögg et al. 2014). Innerhalb der Mengenentwicklung seit Einführung der Fallpauschalen sticht besonders die Steigerung der Kurzlieger mit Verweildauern zwischen einem und drei Tagen hervor. Ihre Zahl nahm zwischen 2007 und 2016 um etwa 43 % zu, die Zahl der „Stundenfälle“ um ca. 18 %. Während die Zahl der Fälle mit Verweildauern zwischen vier und sechs Tagen im selben Zeitraum um 9 % zunahm, sank die Zahl der Fälle mit mehr als sechs Tagen Verweildauer um 8 % (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018). Die Verweildauer ist seit dem Beginn der Konvergenzphase 2005 von 8,7 Tagen auf 7,3 Tage gesunken. Dies entspricht

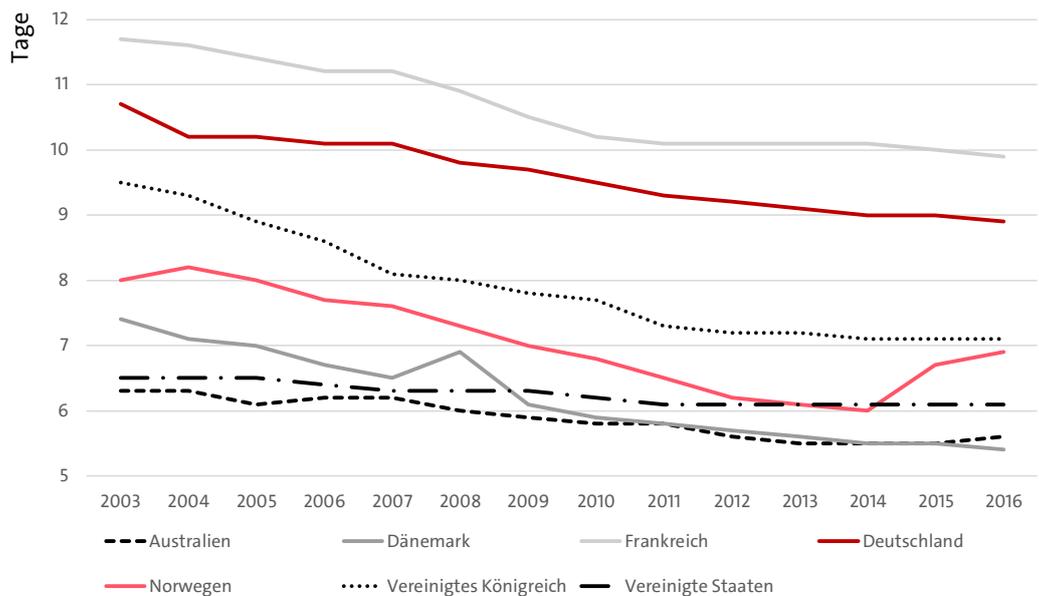
einem Rückgang von fast 15 %. Demgegenüber war der Rückgang der Verweildauer vor Einführung des Fallpauschalensystems deutlich stärker und sank von durchschnittlich 14 Tagen 1991 auf 8,7 Tage im Jahr 2005, was einem Rückgang von fast 40 % entspricht (Statistisches Bundesamt 2018b).

Abbildung 2: Entwicklung der Entlassungen pro 100.000 Einwohner in ausgewählten OECD-Ländern (2003-2016)



Hinweis: Daten zu den Vereinigten Staaten nicht verfügbar.

Abbildung 3: Entwicklung der Verweildauer in ausgewählten OECD-Ländern (2003-2016)



Quelle: (OECD 2020a).

Die an das Fallpauschalensystem geknüpften Erwartungen scheinen sich in anderen Ländern zumindest teilweise erfüllt zu haben. Dänemark, England, Frankreich und die Vereinigten Staaten konstatieren, wie gewünscht, eine Zunahme der Aktivität (Vgl. Abbildung 2) (Farrar et al. 2009; Bonastre et al. 2013). England, Österreich und die Vereinigten Staaten verzeichnen zudem eine Senkung der Verweildauer (Kahn et al. 1990; Theurl und Winner 2007; Sager et al. 1989) (Vgl. Abbildung 3). Dies zeigt sich auch für die Schweiz, wenngleich nicht stärker, als vor Einführung der Fallpauschalen (Kutz et al. 2019).

Die Auswirkungen auf die Krankenhauseffizienz sind uneindeutig und variieren zwischen keinem und einem positiven Effekt (Gerdtham et al. 1999a; Gerdtham et al. 1999b; Gonçalves und Barros 2013; Dismuke und Sena 1999; Borden 1988; Chern und Wan 2000). Mittlerweile wird jedoch konstatiert, dass die durch das DRG-System induzierte Aktivitätssteigerung über das gewünschte Niveau hinaus erfolgte. Dabei beklagen die Länder eine Kostensteigerung ihrer Krankenhausausgaben, eine medizinisch nicht angemessene Mengenentwicklung, Upcoding und unzureichende Abbildung von Qualität (Silverman und Skinner 2004; Dafny 2005; Danske Regioner et al. 2013; Cour des comptes 2017; Olivier Veran 2017; MedPac 2019). Frankreich reagierte auf seine erhöhten Ausgabensteigerungen und den Anstieg nicht medizinisch indizierter Operationen mit nationalen Ausgabengrenzen und brachte damit das Kostenwachstum unter Kontrolle (Bonastre et al. 2013; Or und Gandré 2019). Trotzdem gilt in Frankreich der primäre Fokus auf das Fallpauschalensystem als überholt und wird in den nächsten Jahren durch neue Vergütungsformen, beispielsweise die Vergütung nach Behandlungsepisoden, ergänzt (Olivier Veran 2017; Ministère des solidarités et de la santé 2018). England visiert für die nächsten fünf Jahre eine Abkehr von Fallpauschalen zu Gunsten einer Mischfinanzierung aus Budgets und qualitätsorientierter Vergütung an (NHS England 2019) und erklärt damit den auf regionaler Ebene stattfindenden Trend zum nationalen Ziel (NHS Partners Network und NHS Confederation 2016; National Audit Office 2018). Dänemark, das sich von Fallpauschalen eine Lösung für lange Wartezeiten und eine Belebung der Krankenhausaktivität erhoffte, reduziert den Vergütungsanteil des Fallpauschalensystems zunehmend. Die Vereinigten Staaten formulierten bereits 2015 die Absicht, mittelfristig 50 % der Vergütung von Medicare in neue Vergütungsformen überführen zu wollen (Burwell 2015).

Deutschlands Fallzahlentwicklung ist im Vergleich der Systeme eine logische Entwicklung

Während Deutschlands moderater Rückgang der Verweildauer in den internationalen Trend passt, sticht die dynamische Fallzahlentwicklung hervor, und das obwohl Deutschland bereits bei den Volumina pro Einwohner für viele Eingriffe an der Spitze liegt (Kumar und Schoenstein 2013; OECD 2019). Die Zunahme ist

deutlich ausgeprägter, als in anderen OECD-Ländern (Vgl. Abbildung 2). Gemessen an der deutschen Ausgestaltung des Fallpauschalensystems ist diese Dynamik nicht überraschend. Die im Vergleich zu anderen OECD-Ländern hervorstechende Mengenausweitung ist sehr wahrscheinlich auf verschiedene Faktoren des deutschen Fallpauschalensystems zurückzuführen, das in Kernpunkten von den Systemen anderer Industrienationen abweicht.

Erstens verfügt Deutschland im internationalen Vergleich von Grund auf über eine hohe Dichte an Leistungserbringern, die Patienten behandeln können (OECD 2019). Da die Landeskrankenhausplanung in der Regel weiterhin auf den Krankenhausbetten als Planungsgegenstand beruht und Zielvorgaben zur Bettenauslastung festsetzt, müssen Krankenhäuser zudem über ein Zusammenspiel aus Aufnahmen und Verweildauern eine Mindestauslastung erreichen, um ihre Existenz zu sichern. Zweitens ist das deutsche Fallpauschalensystem die nahezu alleinige Vergütungsgrundlage von Krankenhäusern. Damit wird quasi die gesamte Leistungserbringung dem Ansatz der Fallorientierung unterworfen. Dies ist im internationalen Vergleich ungewöhnlich. In Dänemark, England und Norwegen variiert der auf Fallpauschalen basierende Anteil an der Gesamtvergütung zwischen 40 und 60 % (Statsrevisionere 2010; Helsedirektoratet 2019). Norwegen startete 1997 mit 35 %, erhöhte den Anteil 2003 auf 60 %, senkte ihn 2006 auf 40 % ab und hob ihn 2014 wiederum auf die bis heute geltenden 50 % an (Helsedirektoratet 2019; Magnussen 2019). Hintergrund hierfür ist der Versuch der Ausbalancierung von Aktivitätssteigerung und Kostendämpfung (Kalseth et al. 2010). In Frankreich ist die Vergütung nach Fallpauschalen zwar die dominierende Finanzierungsgrundlage (Gonzalez et al. 2019), die Kostenentwicklung konnte aber durch eine strenge, nationale Ausgabengrenze, das *Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie*, reduziert werden (Or und Gandré 2019). Drittens ist das deutsche Fallpauschalensystem stark prozedurengetrieben. Für die Hälfte der DRGs ist mindestens eine therapeutische Prozedur zur Abrechnung ausschlaggebend. Diese prozedurenorientierte Vergütung bietet den Anreiz zur Bevorzugung operativer versus konservativer Therapieformen und kann zudem Fallzahlerhöhend wirken. Viertens ist das Preisniveau (die Vergütung pro Fall) im OECD-Durchschnitt eher gering (Koechlin et al. 2010; Lorenzoni und Koechlin 2017). Daher stehen Krankenhäuser unter besonderem Druck, ihre Fallzahlen ständig zu erhöhen, um ihre Kosten zu decken. Deutschland weist daher ein anderes Preis-Mengen-Verhältnis auf als viele andere OECD Länder.

Die genannten Fehlanreize des Vergütungssystems werden in ihrer Wirkung durch die seit Jahren unzureichende Investitionskostenfinanzierung noch verschärft

Die genannten Fehlanreize des Vergütungssystems verschärfen ihre Wirkung durch die mangelnde Erfüllung der Investitionsfinanzierung der Länder. Die Umstellung von einer Monistik auf eine Dualistische Vergütung durch das Krankenhausgesetz

1972 sollte eigentlich die finanzielle Überforderung der Krankenkassen und den Investitionsstau der Nachkriegsjahre überwinden. In den ersten Jahren nach Einführung wurden zwar große Finanzvolumina bereitgestellt, gleichzeitig wurde allerdings befürchtet, damit Überkapazitäten aufrecht zu erhalten (Deutscher Bundestag 1975). 1984 zog sich der Bund aus der Infrastrukturkostenfinanzierung zurück und gab den Ländern den gewünschten Kompetenzzuwachs⁸. Mittlerweile hat sich der Investitionsstau auf rund 3,4 Milliarden Euro für das Jahr 2018 akkumuliert (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2019). Durch die unzureichende Abdeckung der Investitionskosten werden die Krankenhäuser gezwungen, Finanzlücken durch Einnahmen aus dem Fallpauschalensystem querzufinanzieren. Eine Reduktion nicht bedarfsnotwendiger Krankenhäuser in Deutschland würde die Investitionsförderung für bestehende Krankenhäuser selbst bei konstant niedrigem Volumen deutlich erhöhen. Somit würde eine Strukturbereinigung und die Umverteilung der Förderung auf weniger Krankenhäuser den Druck zur Fallzahlsteigerung senken (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018).

Die Defizite des deutschen Krankenhaussystems treffen Krankenhäuser sehr unterschiedlich. Krankenhäuser in Regionen mit hohen Grundkosten, wie beispielsweise in München und Hamburg, werden vom Fallpauschalensystem weniger begünstigt als Krankenhäuser in Regionen mit niedrigen Grundstückspreisen und Löhnen. Krankenhäuser mit hohen Vorhaltekosten und einem breiten Versorgungsspektrum müssen finanziell herausfordernde Abteilungen durch die Erbringung lukrativer Prozeduren querfinanzieren. Krankenhäuser in Regionen mit geringen Bevölkerungsdichten hingegen stehen wiederum vor der Herausforderung, ausreichend Patienten zu rekrutieren, deren Erlöse ihre laufenden Kosten decken. Darüber hinaus ist es für die Vergütung derzeit nicht ausreichend relevant, wie die Qualität der Leistungserbringung ausfällt. Damit verzichtet Deutschland auf ein wirksames Instrument, um die Versorgungsqualität des Krankensektors zu harmonisieren bzw. zu verbessern, und um die Investitionen von Krankenhäusern mit hoher Versorgungsqualität zu honorieren.

Vergangene Reformversuche haben ihr Potential unzureichend entfaltet

In der Vergangenheit hat Deutschland verschiedene Versuche unternommen, um der wachsenden Mengenentwicklung Einhalt zu gebieten, die Anreize des Fallpauschalensystems richtig zu kanalisieren und die Wettbewerbsbedingungen zu verbessern. Dabei wurde der Kern des Fallpauschalensystems erhalten. Stattdessen sollten Zu- und Abschläge das System flankieren und dessen Defizite korrigieren. Dies ist eine graduelle Abkehr vom ursprünglichen Ansatz, das

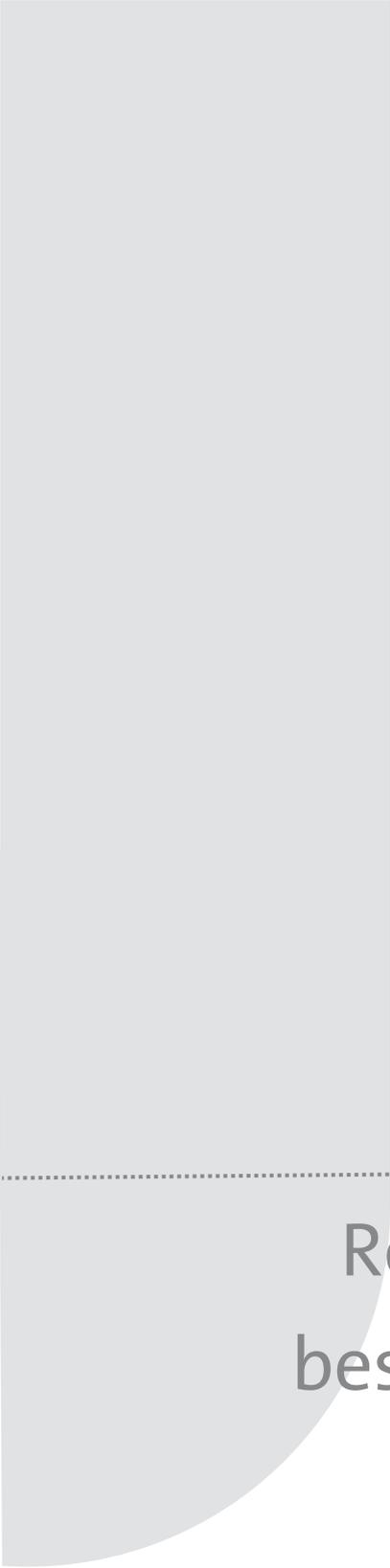
⁸ Vgl. Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (Krankenhaus-Neuordnungsgesetz – KHNG) i.d.F. der Bekanntmachung vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716).

Fallpauschalensystem möglichst puristisch zu halten. Dabei bestand die Sorge, dass Zuschläge eine Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip einleiten könnten (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2008). Aus demselben Grund wurde die Verhandlung krankenhausesindividueller Kostenbereiche abgelehnt (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2002). Mittlerweile verfügt das System über 32 Arten von Zu- und Abschlägen (GKV-Spitzenverband 2020).

Die Mengenentwicklung und damit einhergehende Ausgabensteigerung sollte zunächst mit dem zu 2011 im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes⁹ eingeführten Mehrleistungsabschlag gedämpft werden, der 2015 mit dem Krankenhausstrukturgesetz durch den Fixkostendegressionsabschlag ersetzt wurde. Ersterer war Teil eines allgemeinen Bestrebens, der Ausgabenentwicklung des Gesundheitssystems Einhalt zu gebieten (Deutscher Bundestag 2010). Dabei wurde der Teil der neu verhandelten Leistungen von Krankenhäusern mit einem Abschlag belegt. Dadurch sollte die Ausweitung von Leistungen finanziell weniger attraktiv werden. Dies brachte jedoch nicht den erwünschten Effekt. Die Höhe des Abschlages variierte ständig, Krankenhäuser verzögerten die Verhandlungen und die Liste der Ausnahmen wurde immer länger. Die Ablösung durch den Fixkostendegressionsabschlag als Teil des Krankenhausstrukturgesetzes sollte Abhilfe schaffen (Deutscher Bundestag 2015b). Eigentlich sollte dieser krankenhausesindividuell in Verhandlungen zwischen Krankenkassen und -häusern festgelegt werden. Da diese jedoch stockten, wurde der Satz im Jahre 2018¹⁰ bundesweit auf 35 % festgelegt. Das Krankenhausstrukturgesetz harmonisierte und ergänzte Zuschläge, um Vorhaltekosten von Krankenhauskosten abzudecken. Dies umfasst den Sicherstellungszuschlag für Krankenhäuser in schwächer besiedelten Regionen, Zentrumszuschläge für die Unterhaltung medizinischer Versorgungszentren, sowie Zuschläge für Notfallstufen zur Deckung von Vorhaltekosten der Notfallversorgung (Deutscher Bundestag 2015a). Auch wenn die genannten Maßnahmen wichtige Schritte zur Korrektur der Fehlanreize der Vergütung einleiteten, umfassen sie jedoch jeweils im Vergleich zur Fallpauschalenvergütung ein relativ geringes Volumen. Daher ist es fraglich, ob sich hierdurch ein Steuerungseffekt entfalten wird.

⁹ Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) i.d.F. der Bekanntmachung vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309).

¹⁰ Vgl. Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) i.d.F. der Bekanntmachung vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S.2394).



Teil B

Reformoptionen des
bestehenden Systems

B. Reformoptionen des bestehenden Systems

1. Weiterentwicklung der Kalkulation

Derzeit erfolgt die Bestimmung der Relativgewichte auf Basis der Informationen einer Stichprobe von rund 250 freiwillig teilnehmenden Kalkulationskrankenhäusern (InEK 2018, 2019). Diese senden ihre Kostendaten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), welches die Diagnosen nach ökonomischer Fallschwere differenziert und anschließend den Kostendurchschnitt pro Diagnosegruppe berechnet. Die Ermittlung von Relativgewichten auf Basis einer Stichprobe ist innerhalb der OECD üblich (Schreyögg et al. 2006a). Der deutsche Ansatz hat den Vorteil einer hohen Kalkulationsqualität, da nur ausgewählte Krankenhäuser an der Kalkulation beteiligt sind. Er birgt allerdings auch Risiken, da die Stichprobe nicht ausreichend repräsentativ ist. In der derzeitigen Zusammenstellung sind kleine Kliniken mit weniger als 300 Betten, sowie private und frei gemeinnützige Krankenhäuser unterrepräsentiert. Hierdurch wird die Vielfalt der Kostenstrukturen nicht abgedeckt. Darüber hinaus ändert sich die Kalkulationsstichprobe jährlich. Die Berechnung der Relativgewichte basierte für das Jahr 2019 auf 282 Kalkulationskrankenhäusern (InEK 2018), für das Jahr 2020 jedoch nur auf 238 Krankenhäusern (InEK 2019). Zudem kommt es zu Zu- und Abgängen von Fachabteilungen. Dadurch ändern sich die Eingangskosten und die Relativgewichte entsprechend. Die Veränderung von Relativgewichten ist damit das Ergebnis aus *realen* Veränderungen der Kostenstrukturen und Veränderungen der Kalkulationsstichprobe. Einen Vorstoß zur verbesserten Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe unternahm der Gesetzgeber 2015 mit dem Krankenhausstrukturgesetz. Bei einer Nichtlieferung erfolgt eine gestaffelte Sanktionierung von einer pauschalen Strafe von 14.000 € im ersten Jahr über einen Abschlag von 15 € pro voll- und teilstationären Fall im zweiten bis hin zu 90 € je voll- und teilstationären Fall im fünften Datenjahr (GKV-Spitzenverband et al. 2019b). Bisher war die Umsetzung der verpflichtenden Teilnahme der Krankenhäuser schwierig. Von den in den ersten zwei Datenjahren gezogenen 91 Krankenhäusern beteiligten sich 29 Krankenhäuser nicht an der Kalkulation (InEK 2017). 2018 hatten 13 Krankenhäuser Klage eingereicht (Ausschuss für Gesundheit 2018).

Andere OECD-Länder entgehen dieser Problematik auf zwei Arten. Erstens haben sich OECD-Länder dazu entschlossen, eine verpflichtende Vollerhebung aller Krankenhäuser einzuführen. **England** und die **Vereinigten Staaten** beispielsweise verpflichten alle Krankenhäuser, ihre Kostendaten an den NHS, beziehungsweise Medicare und Medicaid zu übermitteln (Department of Health and Human Services und Centers for Medicare & Medicaid Services 2018; NHS Improvement 2018). Die Kalkulationsqualität ist mäßig, da die Qualität der Datenlieferung stark variiert und

auch Daten mit sehr schlechter Kalkulationsqualität in die Berechnung eingehen. Es entsteht somit ein starker Kompressionseffekt, das heißt eine starke Abhängigkeit der Kosten vom Pflage tag (Schreyögg et al. 2006b). Andere OECD-Länder setzen daher wie Deutschland auf eine Stichprobe, verwenden aber andere Herangehensweisen, um Krankenhäuser für die Kalkulationsgrundlage auszuwählen.

In **Frankreich** erfolgt die Kalkulation der dortigen rund 2.700 Fallpauschalen ähnlich wie in Deutschland auf Basis einer Stichprobe von derzeit 143 Krankenhäusern durch die Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation 2020). Diese werden per Ausschreibung rekrutiert, wobei die meisten Krankenhäuser wiederholt teilnehmen. 2020 beispielsweise stammten fast 90 % der Krankenhäuser vom Vorjahr (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation 2020). Die Preise werden zudem nach privaten und öffentlichen Krankenhäusern getrennt. In diesem Jahr spaltete sich die Stichprobe in 40 % private Krankenhäuser und 60 % öffentliche Krankenhäuser auf. Zur besseren Repräsentativität der Stichprobe werden Krankenhäuser in Abhängigkeit ihrer Fallzahl und ihres Versorgungsgrades nach fünf Klassen gewichtet. Diese unterteilen sich in Krankenhäuser mit weniger, bzw. mehr als 16.000 Fällen pro Jahr, Universitätskliniken, Krebszentren und freigemeinnützige Krankenhäuser (Or und Bellanger 2011).

In **Australien** werden öffentliche Krankenhäuser über drei verschiedene Quellen finanziert. Rund 40 % stammen von der Nationalregierung, dem Commonwealth, während die Bundesstaaten 52 % der Vergütung beisteuern (Australian Institute of Health and Welfare 2019). Die Kalkulation des nationalen Fallpauschalensystems mit seinen derzeit 795 Fallpauschalen (Independent Hospital Pricing Authority 2019a) für die öffentlichen Krankenhäuser wurde mit dem *National Health Reform Act 2011* in demselben Jahr in die Hände der Independent Hospital Pricing Authority gelegt. Dieses berechnet einen nationalen Durchschnittspreis, den National Efficient Price, der den Basisfallwert widerspiegelt, und die National Weighted Activity Unit, die als Relativgewicht fungiert. Die Berechnung der Preise basiert auf den Krankenhausdaten von 290 Kalkulationskrankenhäusern, die von dem Institut ausgewählt wurden (Independent Hospital Pricing Authority 2019b). Die Kostendaten der teilnehmenden Krankenhäuser werden stratifiziert und gewichtet, um die bundesweite Repräsentativität zu gewährleisten. Dabei gehen die geographische Lage, Typologie der Region und Größe sowie, wenn zutreffend, pädiatrische Spezialisierung ein (Independent Hospital Pricing Authority 2019b). Die Länder orientieren sich bei der Ausschüttung ihres Vergütungsanteils oftmals am nationalen Fallpauschalensystem und nehmen Anpassungen vor. Dies kann unter anderem eine eigene Datenerhebung, andere Niveaus des Basisfallwertes und der Relativgewichte, sowie Qualitätszu- und abschläge umfassen (State of Queensland 2019; State of Victoria Department of Health and Human Services 2019; Government

of Western Australia Department of Health 2016). Zudem können Krankenhäuser über unterschiedliche Arten finanziert werden, beispielsweise kann der Bundesanteil als Pauschale, der Länderanteil jedoch über ein Fallpauschalensystem ausgeschüttet werden (Government of Western Australia Department of Health 2016).

Empfehlung: Australien und Frankreich zeigen eine pragmatische, leicht umsetzbare Möglichkeit zur Verbesserung der deutschen Kalkulationsstichprobe. Eine Vollstichprobe, in der alle Krankenhäuser ihre Kostendaten an das InEK übermitteln, bedeutet einen hohen, bürokratischen Aufwand und würde die Qualität der Kalkulationsdaten senken. Eine Verpflichtung, wie derzeit vom Gesetzgeber beschritten, resultiert in der Verweigerung ausgewählter Krankenhäuser und juristischen Auseinandersetzungen. Es ist zudem nicht klar, wie belastbar die Datenlieferungen nicht williger Krankenhäuser sind. Eine **Gewichtung von unterrepräsentierten Krankenhäusern mit ihren jeweiligen Merkmalen** ist hingegen eine gute Möglichkeit, die Fairness des Kalkulationssystems zu erhöhen. Wenn nicht ausreichend kleinere Krankenhäuser in der Stichprobe vorhanden sind, gehen diejenigen, die an der Datenlieferung teilnehmen, stärker ins Endergebnis ein. Dadurch wird sichergestellt, dass die Kalkulationsstichprobe die reale Krankenhausverteilung wiedergibt. Durch eine ebensolche Gewichtung und Hochrechnung sollte die **Kalkulationsstichprobe rechnerisch konstant gehalten** werden. Damit kann sichergestellt werden, dass Veränderungen in den Relativgewichten tatsächlich auf Änderungen in den Kostenstrukturen zurückgehen und nicht durch den Zu- und Abgang von Krankenhäusern oder Abteilungen aus der Kalkulation bedingt sind.

2. Berücksichtigung von Vorhaltekosten in der Vergütung

Das deutsche Fallpauschalensystem vergütet nahezu ausschließlich auf der Basis von Fällen. Damit ist nur ein gefülltes Bett ein profitables Bett. Umgekehrt realisiert ein Krankenhaus Verluste, wenn ein Bett leer steht. Eine bessere Nutzung der Krankenhauskapazitäten sollte einen Abbau der Wirtschaftlichkeitsreserven befördern (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2008). Für Krankenhäuser kann dies allerdings äußerst problematisch sein. Krankenhäuser in ländlichen Regionen sind unter Umständen als erste stationäre Anlaufstelle und zur Aufrechterhaltung der medizinischen Grundversorgung einer Region unabdingbar. Gleichzeitig liegen sie in Regionen, die über eine geringe Bevölkerungsdichte verfügen. Bei elektiven Prozeduren bevorzugen Patienten zudem urbane, größere und spezialisierte Versorger (Tai et al. 2004). Dies bringt Krankenhäuser in schwächer besiedelten Regionen in Bedrängnis, da sie ein Mindestmaß an Patienten benötigen, um ihre Vorhaltekosten zu decken, gleichzeitig aber nicht unbedingt über die medizinischen Strukturen verfügen, um Patienten medizinisch angemessen zu versorgen. Hierdurch werden sie dazu

angehalten, Patienten aufzunehmen, für die sie medizinisch nicht die optimale Versorgung bieten können. Ähnlich kritisch gestalten sich die Vorhaltekosten von Fachabteilungen mit einem hohen Anteil nicht planbarer Fälle, beispielsweise bei Geburtsabteilungen und Stroke Units. Diese müssen an allen Tagen im Jahr rund um die Uhr besetzt sein, um zu jeder Zeit Patienten eine medizinische Behandlung bieten zu können, selbst wenn sie im Extremfall nur einmal in der Woche für eine Stunde genutzt werden. Diese Fachabteilungen, die eine große finanzielle Anstrengung für ein Krankenhaus bedeuten können, müssen konsequenterweise durch Gewinne in anderen Fachabteilungen, beispielsweise durch die Fallzahlerhöhung in elektiven Fallspektren, quersubventioniert werden. Universitätskliniken wiederum halten u.a. selten genutzte Spezialgeräte oder eine medizinische Versorgung für Patienten mit seltenen Erkrankungen bereit. Da Patienten mit diesen Erkrankungen allerdings eben selten sind, werden spezifische Vorhaltekosten nicht gedeckt.

Deutschland hat mit dem Sicherstellungszuschlag, den Zentrumszuschlägen und den Zu- und Abschlägen der Notfallstufen, die im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes eingeführt wurden, bereits wichtige Schritte in Richtung einer Finanzierung von Vorhaltekosten vorgenommen. Zur Unterstützung von Krankenhäusern in ländlichen Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte, in denen die Erlöse aus dem Fallpauschalensystem nicht kostendeckend sind, ermöglicht der Gesetzgeber seit 2002 Sicherstellungszuschläge¹¹. Die rechtliche Grundlage ließ jedoch viel Interpretationsspielraum zu und führte regelmäßig zu juristischen Auseinandersetzungen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014). Das Krankenhausstrukturgesetz verlagerte die Kompetenz 2015 von den Selbstverwaltungspartnern auf den Gemeinsamen Bundesausschuss, der Kriterien für Sicherstellungszuschläge festlegen sollte, von denen Länder allerdings abweichen können. Zusätzlich dazu sollen bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum eine pauschale Förderung in Höhe von 400.000 € pro Krankenhaus erhalten. Die Höhe dieser Art der Sicherstellungszuschläge wurde gesetzlich auf maximal 50 Mio. € pro Jahr festgesetzt¹². Die dafür in Frage kommenden Krankenhäuser werden jährlich durch die Vertragsparteien auf Bundesebene identifiziert. Für 2020 erhalten 120 Krankenhäuser diesen Zuschlag, was dementsprechenden Gesamtausgaben von 48 Millionen Euro entspricht. (GKV-Spitzenverband 2019a). Seit Verabschiedung des Krankenhausstrukturgesetzes wird die Notfallversorgung ebenfalls durch pauschale Zahlungen unterstützt. Wie bei den Sicherstellungszuschlägen beauftragte der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss mit der Festlegung von Kriterien der gestuften Notfallversorgung. Auf Basis dieser Festlegung vereinbarten die

¹¹ Vgl. § 5 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 i.d.F. der Bekanntmachung vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412).

¹² Vgl. § 5 Abs. 2a des Krankenhausentgeltgesetzes, das zuletzt durch Art. 5g vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789, 2811) geändert wurde.

Partner der Selbstverwaltung auf Bundesebene mit Wirkung ab 2019 für Krankenhäuser, die diese Kriterien erfüllen, Zuschläge in Höhe von 153.000 € bis 688.500 € in Abhängigkeit der vorgehaltenen Stufe, sowie Abschläge (Gemeinsamer Bundesausschuss 2018; GKV-Spitzenverband et al. 2018) von 60 € je vollstationärem Fall bei deren Nichterfüllung. Die Berechtigung zur Erbringung von Leistungen der Notfallversorgung wird von diesen Regelungen nicht berührt (GKV-Spitzenverband et al. 2018).

Andere OECD-Länder finanzieren Vorhaltekosten über Gewichte, Pauschalen oder jährliche Budgets. Die Ausgleichszahlungen werden auf die Fallpauschale aufgeschlagen (Vereinigte Staaten) oder als Pauschale für die Bereithaltung ausgewählter Leistungsbereiche (Frankreich) gewährt. In Australien wiederum werden kleine Krankenhäuser von der Fallpauschalenvergütung ausgenommen. In letzteren beiden Fällen müssen die Vorhaltekosten nicht mehr durch die Akquirierung von Fällen, für die das Krankenhaus im Zweifelsfall gar nicht ausgestattet ist, getragen werden.

Die **Vereinigten Staaten** unterhalten eine Reihe von Sicherstellungszuschlägen, um Krankenhäuser für die geographische (ländliche) Lage und die Behandlung finanziell unattraktiver Patientengruppen zu kompensieren. Zuschläge für Krankenhäuser in ländlichen Regionen mit geringer Patientendichte umfassen Zuschläge für *Sole Community Hospital*¹³ (seit 1983) und *Low-volume Hospitals*¹⁴ (seit 2005). In beiden Fällen wird die Vergütung angehoben. Sole Community Hospitals erhalten einen höheren Basisfallwert und Ausgleichszahlungen, wenn ihre Fallzahl plötzlich abfällt. Low-volume hospitals wird ein Zuschlag in Abhängigkeit der Fallzahl gewährt, der 25 % für weniger als 500 Entlassungen und bis zu 0 % für über 3.800 Entlassungen betragen kann. Die Grenzen wurden 2018 gerade von ehemals 200 und 1.600 Entlassungen hochgesetzt. Damit werden schätzungsweise rund 600 Krankenhäuser einen Zuschlag von insgesamt ca. 349 Millionen USD erhalten (Centers for Medicare & Medicaid Services 2018).

England zahlt Clinical Commissioning Groups Zuschläge auf Basis von “unavoidable smallness due to remote location“. Diese werden für die Versorgung von Krankenhäusern gewährt, deren Versorgungsregion weniger als 200.000 Einwohner umfasst, über 10 % von denen mindestens 60 Minuten vom Leistungserbringer entfernt wohnen, und welches rund um die Uhr eine Notfallversorgung anbietet. 2016/17 erhielten acht Krankenhäuser in sieben Clinical Commissioning Groups Zuschläge von insgesamt 31,2 Millionen Britischen Pfund. Die Berechnung der Höhe gilt als undurchsichtig, der Zuschlag selber als unzureichend und es ist nicht klar,

¹³ Mindestens 35 Meilen zum nächsten Krankenhaus oder mindestens 25 Meilen zum nächsten Krankenhaus, aber nur für kleinen Teil von Medicare Patienten, oder mindestens 15 Meilen zum nächsten Krankenhaus, aber wegen Topologie zum Teil nicht zugänglich; nicht möglich für Critical Access Hospitals.

¹⁴ Mindestens 15 Meilen zum nächsten Krankenhaus und weniger als 3.800 Entlassungen pro Jahr.

inwieweit die Kontraktierer die Zuwendungen an die Krankenhäuser weiterleiten (Palmer et al. 2019).

Tabelle 1: Zuwendungen für ländliche Krankenhäuser in Frankreich (2019)

Medizin		Chirurgie		Geburtshilfe		
Fallzahl	Betrag (EUR)	Fallzahl	Betrag (EUR)	Geburten	Regio. Anteil ¹	Betrag (EUR)
<100	630.000	<100	1.400.000	<600	>80 %	840.000
100-199	595.000	100-199	1.333.000	<600	60-79 %	630.000
200-299	560.000	200-299	1.260.000	<600	<60 %	420.000
300-399	525.000	300-399	1.190.000	600-699	>80 %	720.000
400-499	490.000	400-499	1.120.000	600-699	60-79 %	540.000
500-599	455.000	500-599	1.050.000	600-699	<60 %	360.000
600-699	420.000	600-699	980.000	700-799	>80 %	600.000
700-799	385.000	700-799	910.000	700-799	60-79 %	450.000
800-899	350.000	800-899	840.000	700-799	<60 %	300.000
900-999	315.000	900-999	770.000	800-899	>80 %	480.000
1000-1099	280.000	1000-1099	700.000	800-899	60-79 %	360.000
1100-1199	245.000	1100-1199	630.000	800-899	<60 %	240.000
1200-1299	210.000	1200-1299	560.000	900-999	>80 %	360.000
1300-1399	175.000	1300-1399	490.000	900-999	60-79 %	270.000
1400-1499	140.000	1400-1499	420.000	900-999	<60 %	180.000
1500-1599	105.000	1500-1599	350.000	1000-1099	>80 %	240.000
1600-1699	70.000	1600-1699	280.000	1000-1099	60-79 %	180.000
1700-1799	35.000	1700-1799	210.000	1000-1099	<60 %	120.000
1800-1899		1800-1899	140.000	1100-1199	>80 %	120.000
1900-1999		1900-1999	70.000	1100-1199	60-79 %	90.000
				1100-1199	<60 %	60.000

¹: Mindestanteil an Geburten innerhalb eines vorgegebenen Kreises.

Frankreich gewährt Zuschläge für ausgewählte Leistungsbereiche, beispielsweise die Notfallversorgung und die Transplantationsmedizin. Notaufnahmen erhalten eine Grundvergütung in Abhängigkeit der Fallzahl. Die jährliche Pauschale beginnt bei 730.000 € für Krankenhäuser mit weniger als 9.000 Besuchen in der Notaufnahme pro Jahr, 943.292 € für 9.000 bis 11.500 Besuche und weitere 163.292,18 € je weitere 2.500 Besuche. Damit ist die geringste Pauschale bereits höher als der höchste deutsche Zuschlag. Dazu gesellen sich Pauschalen pro Besuch von 25,30 € plus diagnostische Kosten, wie beispielsweise bildgebende Verfahren. Seit 2015 genießen ländliche Krankenhäuser eine zusätzliche Förderung in Form von jährlichen Budgets, wenn die Fallzahl unter ein bestimmtes Niveau fällt¹⁵. Dabei muss der Mindestabstand zum nächsten Leistungserbringer 30 Minuten für die nächste Notfallaufnahme, 45 Minuten zur nächsten Geburtsabteilung oder 60 Minuten zur nächsten medizinischen, bzw. chirurgischen Abteilung betragen und die Bevölkerungsdichte nicht höher als 45 Einwohner pro Quadratkilometer sein. Zudem müssen sie der Hauptleistungserbringer einer Region sein. Je geringer die Fallzahl ist, desto höher ist die Zuwendung (Siehe Tabelle 1). Diese ist von der Art der

¹⁵ Décret n° 2015-186 du 17 février 2015 relatif aux modalités dérogatoires de financement des activités de soins des établissements de la santé répondant à des critères d'isolement géographique [Verordnung Nr. 2015-186 vom 17. Februar 2015 bezüglich der Ausnahmeregelungen der Finanzierung von Gesundheitsleistungen der Gesundheitseinrichtungen, die den Kriterien der geografischen Isolierung entsprechen] (JORF n° 0042 du 19 février 2015).

Leistungserbringung abhängig. Krankenhäuser erhalten für die medizinische Leistungserbringung Zuzahlungen von 35.000 € bei unter 1.800 und über 1.700 Fällen bis hin zu 630.000 €. Für die chirurgische Leistungserbringung variiert die Pauschale zwischen 70.000 € bei 1.900 bis 2.000 Fällen und 1.400.000 € bei unter 100 Fällen. In der Geburtshilfe rangieren Zuschläge zwischen 60.000 € und 840.000 €, die Notaufnahmen wiederum erhalten zwischen 50.000 € und 550.000 €¹⁶. Derzeit umfasst die Liste 90 Krankenhäuser¹⁷.

Empfehlung: Eine **pauschale Vergütung von Vorhaltekosten** ist auch im deutschen Kontext empfehlenswert. Sie finanziert die Bereithaltung von Strukturen und entkoppelt sie von dem finanziellen Anreiz, Fälle aufzunehmen, um die Existenz zu sichern. Im internationalen Vergleich erweist sich die derzeitige pauschale Förderung von 400.000 € für bedarfsnotwendige Krankenhäuser als überaus gering und übersetzt sich 2017 in etwa drei bis vier durchschnittliche Arztgehälter (Statistisches Bundesamt 2018a). Ein angemessener finanzieller Ausgleich stellt hingegen sicher, dass Krankenhäuser weniger stark dem Anreiz ausgesetzt sind, Patienten aufzunehmen, um ihre Existenz zu sichern, selbst wenn die medizinischen Strukturen keine optimale Versorgung ermöglichen. Die Vorhaltepauschalen können auf den bereits existierenden Zuschlägen für die Vorhaltung von Notfallstrukturen, Zentren und die Sicherstellung aufbauen. Diese enthalten bereits Vorgaben zur Vorhaltung von Strukturen, beispielsweise der Erreichbarkeit, strukturellen und personellen Ausstattung des Krankenhauses, sowie Mindestvolumina (Gemeinsamer Bundesausschuss 2017, 2018).

Diese Kriterien sollten dahingehend erweitert werden, dass nur bedarfsnotwendige Vorhaltestrukturen in Krankenhäusern gefördert werden. Dies bedarf einer Überprüfung und Rechtfertigung der Bundesländer, welche dieser Kapazitäten für eine flächendeckende Versorgung zukünftig benötigt werden. Darüber hinaus sollte der Gesetzgeber Vorhaltestrukturen definieren, die ein Krankenhaus nachweisen muss, um sich für die Vorhaltepauschale zu qualifizieren, beispielsweise Geburtsabteilungen und Stroke Units, die mit Strukturkriterien belegt sind. Dadurch wird die Qualität der Leistungserbringung gestärkt, da Krankenhäuser Kriterien erfüllen müssen, die sie zur qualitativ hochwertigen Leistungserbringung befähigen. Gleichzeitig werden keine qualitativ unterdurchschnittlichen Doppelstrukturen mitfinanziert. Zudem könnten die Pauschalen analog zu Frankreich in Abhängigkeit zu der Fallzahl formuliert werden. Krankenhäuser mit geringeren Fallzahlen bzw. einer besonders geringen Kapazitätsauslastung erhalten einen höheren Zuschlag,

¹⁶ Arrêté du 6 mars 2019 fixant pour l'année 2019 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale [Ministererlass vom 6. März 2019, der die Tarife der Artikel I und IV des Artikels L. 162-22-10 des Sozialgesetzbuches für das Jahr 2019 festlegt] (JORF n°0060 du 12 mars 2019, texte n° 6).

¹⁷ Arrêté du 5 avril 2018 portant modification de la liste des établissements éligibles au financement des activités de soins répondant à des critères d'isolement géographique [Ministererlass vom 5. April 2018, der Anpassungen der Liste an Gesundheitseinrichtungen, die sich für eine Finanzierung der Gesundheitsleistungen entsprechend der Kriterien der geografischen Isolation qualifizieren] (JORF n° 0086 du 13 avril 2018, texte n° 15).

um eine stärkere Entkopplung von der Mengendynamik zu erzielen. Diese Vorhaltepauschalen sollten ein substanzielles finanzielles Volumen aufweisen.

Bei der Aufbringung der Finanzmittel sollte die leistungsgerechte, anteilige Finanzierung von Seiten der Kostenträger gewahrt werden. Dies wurde bereits bei der Finanzierung der ausgegliederten Pflegekosten verwirklicht. Kassen beteiligen sich in Abhängigkeit des Anteils und des Schweregrades der Patienten, die in einem Krankenhaus versorgt werden, an den Pflegekosten. Diese Praxis bietet sich für die anteilige Finanzierung der Vorhaltekosten ebenfalls an und gewährleistet die Aufrechterhaltung eines fairen Kassenwettbewerbs.

3. Berücksichtigung unterschiedlicher Kostenstrukturen in der Vergütung

Das deutsche Fallpauschalensystem folgt einem „Einhausansatz“ (Schreyögg et al. 2006a). Bei der Berechnung der Relativgewichte gehen alle Krankenhäuser gleichberechtigt in die Vergütung ein. Ebenso wird die Vergütung von Krankenhäusern nicht an die unterschiedlichen Bedingungen von Krankenhäusern angepasst. Damit unterstellt der „Einhausansatz“ homogene Kostenstrukturen von Krankenhäusern, unterstellt einen hohen Anteil von Kosten, der in der Hand der Krankenhäuser liegt, und nimmt an, dass Kostenabweichungen von Krankenhäusern ausschließlich auf Elemente zurückzuführen sind, die der Kontrolle des Krankenhauses unterliegen (Roeder et al. 2008). Die Kosten eines Krankenhauses im ländlichen Brandenburg werden nahezu genauso behandelt wie die Kosten eines Maximalversorgers in Berlin. Diese Vergütungsart begünstigt Krankenhäuser in Regionen mit geringen Vorhaltekosten und geringem Lohnniveau und starker Verhandlungsposition für den Einkauf von Hilfsmitteln. Gleichzeitig ist es problematisch für Krankenhäuser mit hohen Vorhaltekosten in urbanen Zentren mit hohem Lohnniveau, beispielsweise Universitätskliniken sowie mit schwächerer Verhandlungsposition. Zudem entfällt ein hoher Anteil der Kosten der Leistungserbringung auf fixe Kosten, beispielsweise für Löhne und Immobilien, der sich nicht kurzfristig von Krankenhäusern steuern lässt (Childers und Maggard-Gibbons 2018; Roberts et al. 1999). Krankenhäuser, deren Kostenstrukturen unterfinanziert werden, geraten unter finanziellen Druck und sehen sich gezwungen, durch eine Mengenausweitung einen finanziellen Ausweg zu suchen.

Anpassung an geographische Kriterien

Andere Länder, beispielsweise Frankreich, die Vereinigten Staaten (Medicare und Medicaid), und England haben bei der Vergütung von Krankenhäusern von vorn herein zwischen endogenen (durch das Krankenhaus veränderbaren) und exogenen (nicht durch das Krankenhaus veränderbaren) Faktoren separiert und passen die Vergütung an die Marktsituation an. **Frankreich** verwendet eine simple Form.

Krankenhäuser in Korsika und der Ile-de-France erhalten einen Zuschlag von 7-11 %¹⁸, um die Vergütung an die höheren Infrastrukturkosten (beispielsweise Immobilienpreise und Energie), höhere Medikamentenkosten und Löhne anzupassen (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation 2019). Die Beschränkung auf Korsika und Paris und Umgebung wird allerdings als unzureichend kritisiert (Cour des comptes 2011). Die **Vereinigten Staaten** verwenden den *wage index* und passen die Vergütung an die Lohnstruktur der gegebenen Region an, wobei die Lohnstruktur der Region, in der sich das Krankenhaus befindet, dem nationalen Durchschnitt gegenübergestellt wird. **England** verwendet den *Market forces factor*, der Preise an verschiedene externe Gegebenheiten anpasst und Krankenhäuser für nicht vermeidbare Kosten entschädigen soll, die außerhalb ihrer Kontrolle liegen (NHS Improvement und NHS England 2019b). Dabei gehen fünf Faktoren in die Gewichtung ein: Nichtmedizinisches Personal (47,9 %), medizinisches Personal (15,2 %), Grundstückskosten (0,2 %), Gebäudekosten (2,6 %), Geschäftskosten (0,5 %) und weitere Faktoren (33,6 %) (NHS Improvement und NHS England 2019b). Der Faktor wird auf 1 gesetzt, wenn ein Krankenhaus keine zusätzlichen, nicht vermeidbaren Kosten hat. Im Jahr 2019/2020 rangierte der Faktor zwischen 1,0014 in Cornwall und 1,2769 für den Trust der Krankenhäuser des University Colleges London (NHS Improvement und NHS England 2019b). Im letzteren Fall liegt der Preis pro Fallpauschale 27,69 % höher, als ohne *Market Forces Factor*.

Anpassung an Versorgungsstrukturen

Neben der Unterscheidung zwischen exogenen und endogenen Einflüssen auf die Kostenstruktur haben andere Länder auch erkannt, dass sich die Kostenstrukturen in Abhängigkeit zur Versorgungsstufe ändern. Universitätskrankenhäuser beispielsweise haben in der Regel eine ungünstigere Kostenstruktur, selbst bei optimalem Management und nach Anpassung der Vergütung an exogene Faktoren. Dementsprechend gewichten sie die Kosten in Abhängigkeit zur Versorgungsstufe. In **Österreich** ist das Fallpauschalensystem in einen bundeseinheitlichen Kernbereich und einen bundeslandeseigenen Steuerungsbereich eingeteilt. Die Länder können die Relativgewichte an vier Versorgungsstufen (Zentralversorgung, Schwerpunktversorgung, Krankenanstalten mit speziellen fachlichen Versorgungsformen, Krankenanstalten mit speziellen regionalen Versorgungsformen) anpassen¹⁹. Die Steiermark gewichtet die Fallpauschalen für ihr Universitätsklinikum mit einem Faktor von 1,3, das Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit einem Faktor von 1,05 (Gesundheitsfonds Steiermark 2018). Tirol wählt für sein Universitätskrankenhaus einen Zusatzfaktor von 1,2 (Land

¹⁸ Arrêté du 6 mars 2019 fixant pour l'année 2019 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale [Ministererlass vom 6. März 2019, der die Tarife der Artikel I und IV des Artikels L. 162-22-10 des Sozialgesetzbuches für das Jahr 2019 festlegt] (JORF n°0060 du 12 mars 2019, texte n° 6).

¹⁹ Art. 18 Abs. 8 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung i.d.F. der Bekanntmachung vom 26.01.2020.

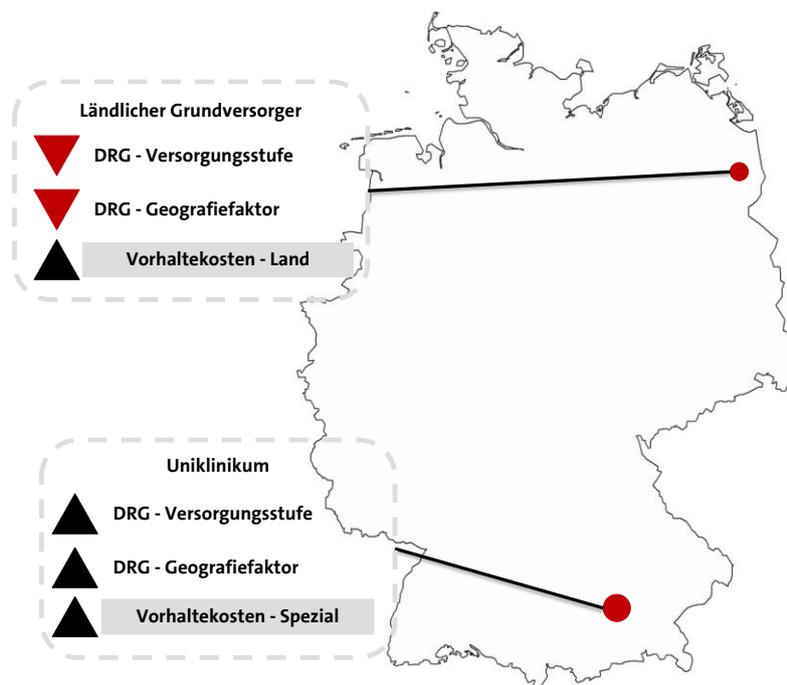
Tirol 2020).

Empfehlung: Für Deutschland ist eine **Gewichtung der Preise** entsprechend des *Market Forces Factors* und der Versorgungsstufen zu empfehlen. Anhand eines *Market Forces Factors* wird sichergestellt, dass ein Krankenhaus für die extern bedingten Unterschiede in den Kostenstrukturen kompensiert wird. Eine Gewichtung anhand der Versorgungsstufen stellt sicher, dass die ungünstigen Kostenstrukturen eines Krankenhauses, die nicht aus einem schlechten Management, sondern der Versorgung vielfältiger Leistungsbereiche resultieren, finanziell abgebildet werden. Hierfür sind zwei Abgrenzungen voneinander wichtig. Erstens muss zwischen exogenen Faktoren, mit denen das Krankenhaus aufgrund seiner geografischen Lage und Versorgungsstufe konfrontiert ist, und endogenen Faktoren, die in der Gestaltung des Krankenhauses liegen, getrennt werden. Die Anreize des Krankenhauses zum effizienten, innovativen Handeln, die durch das Fallpauschalensystem eingeführt wurden, sollen erhalten bleiben, um einen sinnvollen Gebrauch der Finanzmittel sicherzustellen. Gleichzeitig sollten exogene Faktoren, wie beispielsweise höhere Löhne in städtischen Regionen, und ungünstige Kostenstrukturen nicht zu Lasten des Krankenhauses ausgelegt werden. Zum anderen muss zwischen Vorhaltekosten und Versorgungsstrukturen getrennt werden. Die pauschale Finanzierung von Vorhaltekosten sichert die Versorgungsstrukturen eines Krankenhauses und löst sie aus dem Anreiz der Fallausweitung heraus. Ein Krankenhaus muss nun keine Fälle mehr aufnehmen, um seine Fixkosten in diesen Bereichen zu decken. Die Gewichtung nach Versorgungsstufen ist davon losgelöst. Sie schafft einen Ausgleich dafür, dass die laufenden Kosten zur Behandlung eines Patienten in einem Universitätsklinikum höher sind als in einem Krankenhaus der Grundversorgung. Letzteres muss sich auf weniger Leistungen ausrichten und verfügt über schlankere Kostenstrukturen, als beispielsweise ein Universitätsklinikum. Die Behandlung eines Patienten ist somit in der Regel in einem Grundversorger günstiger als dieselbe Behandlung in einem Universitätsklinikum.

Demensprechend können sich Krankenhäuser gleichzeitig für die Gewährung von Vorhaltekosten qualifizieren und eine Anpassung ihrer Fallpauschalen an exogene Faktoren erfahren. Ein urbaner Maximalversorger, beispielsweise ein Universitätsklinikum in München, würde eine finanzielle Aufwertung in dreierlei Hinsicht erfahren (Vgl. Abbildung 4). Erstens hält es Abteilungen vor, die über kleine Fallzahlen verfügen und beispielsweise zur Behandlung seltener Erkrankungen bereitstehen. Sie werden selten in Anspruch genommen, müssen aber jederzeit eine hochwertige Behandlung bieten. Hierfür erhält das Universitätsklinikum einen Zuschlag. Zweitens liegt das Klinikum in einer der teuersten Städte des Landes. Damit ist es beispielsweise von höheren Lohnkosten betroffen als andere Krankenhäuser in umliegenden Städten. Daher würde es eine Anpassung der Vergütung an das Kostenniveau vor Ort erfahren. Drittens hat es durch seine

Versorgungsstufe als Maximalversorger eine ungünstige Kostenstruktur. Es kann sich nicht flexibel nach DRGs mit hohem Deckungsbeitrag ausrichten und verfügt damit selbst bei optimalem, effizientem und innovativem Management über vergleichsweise ungünstige Kostenstrukturen. Hierfür würde über eine Gewichtung auf Basis der Versorgungsstufen ausgeglichen. Anders gestaltet sich dies bei einem ländlichen Krankenhaus in beispielsweise Brandenburg oder im Süden Mecklenburg-Vorpommerns. Dies ist durch seine geografische Lage in einer ungünstigen Position. Die Region ist entlegen und die Bevölkerungsdichte gering. Derzeit behandelt es nicht genug Fälle, um seine Kosten in Vorhaltestrukturen zu decken. Die pauschale Vergütung seiner Vorhaltekosten schafft hier Abhilfe. Es hat somit keinen Anreiz mehr, Fälle zu behandeln, für die es im Zweifelsfall nicht ausgerichtet ist, beispielsweise einen hochkomplexen Schlaganfall, der besser in eine Stroke Unit nach Berlin ausgeflogen werden sollte. Wenn das Krankenhaus allerdings Fälle behandelt, kann es dies günstiger als in Berlin. Günstige Lohnstrukturen und Infrastrukturkosten vor Ort ermöglichen niedrigere Kosten, die sich in einem geringeren, geografischen Faktor niederschlagen könnten. Darüber hinaus hat es als Grundversorger eine schlankere Kostenstruktur. Auch dies senkt die Kosten der Behandlung.

Abbildung 4: Auswirkungen der Kostengewichte und Vorhaltepauschalen auf zwei Krankenhaustypen



Quelle: Eigene Darstellung der Autoren.

Zur Anpassung der Vergütung an das regionale Preisniveau bietet sich die Verwendung eines regionalen Preisindex an. Die unterschiedliche Höhe der Landesbasisfallwerte, die in Ansätzen auch regionale Charakteristika abbildet und die ländliche versus urbane Beschaffenheit von Bundesländern in Teilen reflektiert,

ist für diese Zwecke nicht ausreichend differenziert. Wie in England könnte ein „Warenkorb“ geschaffen werden, in dem die Vergütung an direkte medizinische Gehälter, nicht-medizinische Gehälter, medizinische Einkaufspreise und laufende Infrastrukturkosten angepasst wird. Das Statistische Bundesamt oder das InEK sollten, analog zu Preisindizes anderer Branchen, einen spezifischen Warenkorb für Einkaufspreise von Produkten, Löhnen und Dienstleistungen in deutschen Krankenhäusern ermitteln. Dabei wäre es wichtig 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, beispielsweise für OP-Zubehör, zu bestrafen. Eine Bündelung homogener Landkreise erscheint in diesem Kontext sinnvoll (Schreyögg 2017).

Zur angemessenen Abbildung der Kostenunterschiede zwischen den Versorgungsstufen empfiehlt sich eine bundeseinheitliche Neuklassifikation von Krankenhäusern nach Versorgungsstufen analog zu den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System zu Notfallstrukturen in Krankenhäusern. Derzeit ist die Unterteilung der Krankenhäuser in Krankenhäuser der Grundversorgung und höhere Versorgungsstufen äußerst heterogen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018). Wenn dies für eine Anpassung der Vergütung zugrunde gelegt wird, führt dies zu 16 unterschiedlichen Gewichtungsmodalitäten. Dies ist nicht zu empfehlen.

Eine Differenzierung nach Versorgungsstufen bietet neben einer aufwandsgerechteren Vergütung das Potenzial der Neuordnung der Leistungserbringung in Abhängigkeit der Versorgungsstufe. Während medizinisch komplexe Fälle beispielsweise in hochspezialisierten Universitätskliniken angesiedelt werden sollten, können Krankenhäuser einer mittleren Versorgungsstufe mit Routineeingriffen betraut werden.

Frankreich nimmt derzeit eine landesweite Neustrukturierung seiner Krankenhauslandschaft in drei Stufen vor und kann als Vorbild dienen (Ministère des solidarités et de la santé 2019). Die Hôpitaux de proximité übernehmen Aufgaben der Grundversorgung, die Établissements hospitaliers de recours führen die traditionelle, mittelschwere stationäre Leistungserbringung durch, die Établissements de référence ultra-specialisés hingegen werden mit der Behandlung komplexer Fälle, beispielsweise seltener Erkrankungen, betraut. Dies soll die Balance zwischen einer schnell erreichbaren Gesundheitsversorgung vor Ort und einer qualitativ hochwertigen, hoch spezialisierten und zentrierten Leistungserbringung schaffen. Eine Umsetzung könnte über einen Multiplikator auf das jeweilige DRG-Gewicht, analog zu Österreich, erfolgen. In diesem Fall würde herausgearbeitet, welche Kostenunterschiede auf die Versorgungsstufe des Krankenhauses

zurückzuführen sind und nicht direkt vom Krankenhaus beeinflusst werden.

Bei einer möglichen Umsetzung der Differenzierung nach Versorgungsstufen, eines Geografiefaktors sowie einer Gewährleistung von Vorhaltepauschalen ist zu bedenken, dass durch die gerade erfolgte Pflegeausgliederung der finanzielle Ausgleichsbedarf in den drei Maßnahmen deutlich reduziert wird. Dies betrifft insbesondere die Vorhaltepauschale, da die Pflegekosten einen erheblichen Anteil der Vorhaltekosten ausmachen. Daher ist es empfehlenswert, das bisherige Konzept der Pflegeausgliederung im Zuge der Einführung dieser drei Maßnahmen als Gesamtgefüge zu betrachten und weiterzuentwickeln.

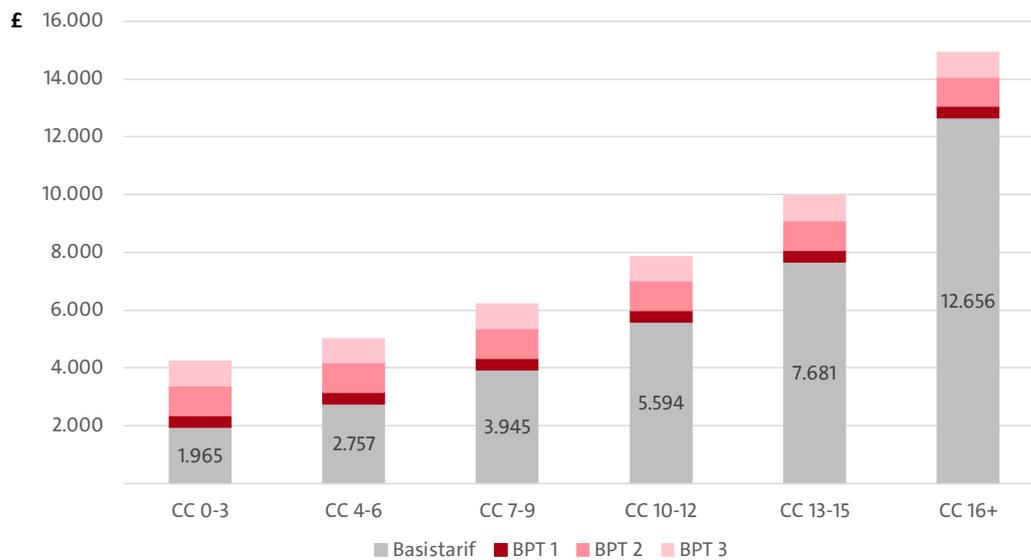
4. Integration von Qualität in die Vergütung (Qualitätsorientierte Vergütung)

Für die Vergütung von Leistungen ist es derzeit nicht ausreichend relevant, mit welcher Qualität sie erbracht wurden. Das deutsche Vergütungssystem legt den alleinigen Fokus auf die Quantität. Dies wird seit der Existenz des deutschen Fallpauschalensystems bemängelt. Eine Integration von Qualität blieb aber auf ausgewählte lokale Programme beschränkt (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1998). Diese Leerstelle sollte mit den im Krankenhausstrukturgesetz vorgegebenen Qualitätszu- und abschlägen gemäß § 5 Abs. 3a KHEntgG eigentlich seit Mitte 2018 geschlossen sein. Der Gesetzgeber verabschiedete 2015 die Einführung von Zu- und Abschlägen und mandatierte den Gemeinsamen Bundesausschuss, Indikatoren zu identifizieren und Ziele zu definieren, der hierfür das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen beauftragte. Die Selbstverwaltung sollte die finanzielle Ausgestaltung beisteuern. Fünf Jahre nach der Verabschiedung des Krankenhausstrukturgesetzes ist die Einführung von Pay-for-performance in weite Ferne gerückt. Dies ist überraschend, da Deutschland über die notwendigen Routinedaten verfügt und international diverse Vorbilder vorliegen. International ist die Verknüpfung der Vergütung mit Qualitätsparametern (pay-for-performance, P4P) bereits üblich (Milstein und Schreyoegg 2016). Dabei haben sich neben vielen ineffektiven Programmen in den rund 30 Jahren des Experimentierens mit unterschiedlichen Ansätzen auch einige erfolgreiche Programme herauskristallisiert, die auf Deutschland übertragen werden könnten. England wählt mit den *Best-Practice Tariffs* eine Struktur, die Deutschland mit den Komplexmaßnahmen auch bereits begonnen hat. Der französische Ansatz der *Incitation financière à l'amélioration de la qualité* wird derzeit deutlich ausgebaut.

England differenziert zwischen einem Basistarif, den ein Krankenhaus für die normale Behandlung von Patienten erhält, und dem höheren *Best-Practice Tariff* für die zusätzliche Erfüllung festgelegter Qualitätsparameter. Die Ziele werden von dem NHS in Verbindung mit den jeweiligen Fachgesellschaften festgesetzt. England

startete dieses Anreizprogramm 2010/11 und überarbeitete und erweiterte die Liste jährlich auf derzeit 22 Konditionen (NHS Improvement und NHS England 2019a). In der Regel leiten sich die Indikatoren aus den Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften ab. Die Verknüpfung mit finanziellen Anreizen soll die Umsetzung der Leitlinien befördern und damit die Qualität der Leistungserbringung verbessern.

Abbildung 5: Best-Practice Tarif (BPT) für Schlaganfall 2019/20



Quelle: (NHS Improvement und NHS England 2019c).

Der *Best-Practice Tarif* für Schlaganfall wurde 2010/11 eingeführt und leitet sich aus der Nationalen Schlaganfallstrategie und zwei Leitlinien ab, die in Zusammenarbeit mit dem Royal College of Physicians ab (NHS Improvement und NHS England 2019a) erarbeitet wurden. Insgesamt gibt es sechs unterschiedliche Basistarife in Abhängigkeit des Schweregrades des Patienten, für die im Jahr 2019/20 Vergütungen von 1.965 bis zu 12.656 Britischen Pfund angesetzt waren (Siehe Abbildung 5) (NHS Improvement und NHS England 2019c). Via *Best-Practice Tariffs* kann die Grundrate in drei Stufen aufgestockt werden. Der erste Zuschlag wird gewährt, wenn Patienten direkt in die Stroke Unit aufgenommen werden und mindestens 90 % ihres Krankenhausaufenthaltes dort verweilen und innerhalb der ersten 14 Stunden von einem Schlaganfallspezialisten untersucht werden. Der zweite Zuschlag wird für eine Bildgebung innerhalb der ersten 12 Stunden nach Aufnahme ausgeschüttet. Die dritte Zuzahlung erfolgt, wenn Patienten auf Thrombolyse geprüft und, sofern notwendig, mit einem empfohlenen Injektionspräparat (Alteplase) behandelt werden (NHS Improvement und NHS England 2019a). Der Effekt der *Best-Practice Tariffs* unterscheidet sich je nach Krankheitsbild. Die Evaluation des Bonus für Hüftfrakturen deutet auf eine schnellere Überführung von der Krankenhausaufnahme zur Operation, kürzere Verweildauern, eine geringere Mortalität innerhalb von 30 Tagen, sowie eine

bessere Überlebensrate ein Jahr nach der Fraktur hin (Oakley et al. 2017; Whitaker et al. 2019; Metcalfe et al. 2019). Für COPD konnte bisher keine Verbesserung nachgewiesen werden (Stone et al. 2019).

Frankreich hat 2018 eine großzügige Erweiterung seines seit 2012 pilotierten und 2016 landesweit ausgerollten pay-for-performance-Programmes, der *Inciation financière à l'amélioration de la qualité* (IFAQ), beziehungsweise der „finanziellen Anreize zur Qualitätsverbesserung“ begonnen. Im Gegensatz zu England, das einen Qualitätszuschlag pro Fallpauschale ausschüttet, gewährt Frankreich einen Gesamtbonus am Jahresende. In der Pilotphase von 2012-2014 nahmen 222 Krankenhäuser teil, von denen 93 Krankenhäuser einen Zuschlag in Abhängigkeit ihres Gesamtbudgets erhielten (0,3 % bis 0,5 %, aber mindestens 50.000 € bis maximal 600.000 €). 2014 wurde die zweite Pilotphase eingeleitet, in der das Programm um medizinische Indikationen erweitert wurde, welche den akuten Myokardinfarkt, Schlaganfälle und postpartale Hämorrhagie (Blutungen nach der Geburt) und chronische Dialysen, sowie allgemeine Indikatoren zur Vermeidung nosokomialer Infektionen umfassten. 490 Leistungserbringer nahmen teil, von denen 176 einen Zuschlag erhielten. Zu 2016 wurde das Programm landesweit ausgerollt und die Zuschläge auf 15.000 € bis 500.000 € begrenzt. Zu 2019 geht das P4P-Programm in eine neue Runde. Nun fokussiert es sich und es erhalten 70 % der vergleichsweise besten und 70 % jener Krankenhäuser, die sich im Vergleich zum Vorjahr am besten verbessert haben, einen Zuschlag. Hierfür werden vornehmlich Indikatoren der Patientenzufriedenheit und der Koordination der Behandlung betrachtet (Haute Autorité de Santé et al. 2019). Das Gesamtvolumen, das über dieses Programm ausgeschüttet wird, wurde 2019 von 50 auf 200 Millionen Euro ausgeweitet²⁰.

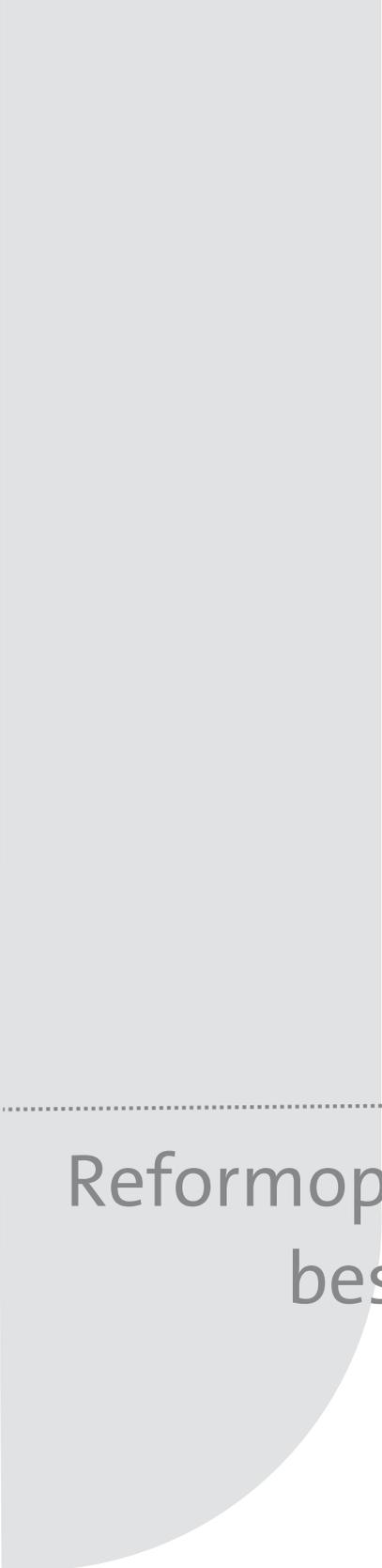
Empfehlung: Für Deutschland empfiehlt sich der Ausbau von **Qualitätsparametern in der Vergütung**. Der Englische Ansatz erscheint hierfür besonders vielversprechend und leicht umsetzbar. Er übersetzt medizinische Leitlinien in eine Zusatzvergütung. Je nach Leistungsbereich konnte England hierdurch starke Qualitätsverbesserungen erzielen. Mit der Kodierung von Komplexbehandlungen hat Deutschland schon einen Schritt in Richtung von *Best-Practice Tariffs* unternommen. Es honoriert die Einhaltung von Struktur- und Prozessindikatoren mit einer höheren Fallpauschale oder einem Zusatzentgelt und kompensiert Krankenhäuser damit für die entstandenen Mehrkosten. Die Kodierung der Komplexpauschale zur Behandlung eines akuten Schlaganfalls beispielsweise erfordert unter anderem die Behandlung durch ein multidisziplinäres, auf Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team mit

²⁰ Arrêté du 18 juin 2019 fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15, la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé [Ministererlass vom 18. Juni 2019, der die Berechnung der Budgethöhe für Gesundheitseinrichtungen unter Anwendung des Artikels L. 162-23-15, die Liste der verpflichtenden Indikatoren und Patientensicherheit zur Verbesserung der Leistungserbringung und ihrer Veröffentlichung festlegt] (JORF n°0142 du 21 juin 2019).

vorgegebenen Präsenzzeiten, einer 24h-Überwachung klinischer Parameter, dem Durchführen eines CTs bzw. MRTs bei Lyseindikation und die Möglichkeit zu Notfalleingriffen innerhalb von 30 Minuten (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2018).

Dieser Ansatz stellt eine gute Ausgangsposition dar, um eine umfassendere Qualitätsorientierung in die Vergütung zu integrieren. Wie bei der Entwicklung der *Best-Practice Tariffs* könnten in einem ersten Schritt Leistungsbereiche identifiziert werden, bei denen eine leitlinienkonformere Behandlung gefördert und die Leistungserbringung homogenisiert werden soll (Audit Commission 2012). Anschließend können dank der Vorarbeit der wissenschaftlichen Fachgesellschaften aus den medizinischen Leitlinien heraus Mindestkriterien abgeleitet werden, für deren Einhaltung eine höhere Vergütung gewährt wird. Dabei können die stark prozessorientierten Komplexbehandlungen um Struktur- und Ergebnisindikatoren ergänzt werden, um sicherzustellen, dass das Krankenhaus zum einen über die richtigen Strukturvoraussetzungen verfügt, um die Prozesse so durchzuführen, wie angedacht, und um gleichzeitig zu garantieren, dass sich die Struktur- und Prozessvorgaben auch in ein besseres Behandlungsergebnis umsetzen. Zudem sollten die Kriterien prüf- und rechtssicher formuliert werden, um Unsicherheiten auf Seiten der Krankenhäuser zu vermeiden. Diese Maßnahme kann kombiniert werden mit Strukturvorgaben für die Gewährung von Zentrumszuschlägen. Dies sollte mit Vorgaben aus der Krankenhausplanung einhergehen, um eine Spezialisierung und Konzentration von Leistungen zu beschleunigen.

Nicht alle Leitlinien sind eindeutig umsetzbar. Dies erklärt auch die heterogenen Ergebnisse bisheriger Pay-for-performance-Programme. Die US-amerikanische Erfahrung mit Vergütungsaussetzungen für unerwünschte Ereignisse zeigt die Notwendigkeit sauber formulierter Indikatoren. Das Pay-for-performance-Programm zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse zeigt Qualitätsverbesserungen für die Vermeidung Katheter-assoziiierter Infektionen und des Utrinktraktes, für die etablierte Leitlinien vorliegen. Dies ist nicht der Fall bei der Sturzprävention und Vermeidung von Dekubiti. Dementsprechend zeigt das Programm hierbei keine Verbesserung (Waters et al. 2015). Diese Erfahrung macht eine gestufte Einführung von Qualitätszuschlägen sinnvoll. Im ersten Schritt können Indikationen identifiziert werden, die über eine hohe Heterogenität in der Leistungserbringung verfügen und ein großes Potential zur Qualitätsverbesserung aufweisen. Im nächsten Schritt können Indikatoren und Zuschläge formuliert werden, die für Krankenhäuser einen Anreiz bieten, sie in ihre Leistungserbringung zu integrieren. In einer Pilotphase von beispielsweise drei Jahren und begleitenden Evaluationen könnte überprüft werden, ob sich diese Modulation in besseren Qualitätsergebnissen niederschlägt und die Umverteilung der Finanzmittel zielführend erfolgt. Im Folgenden könnte der Katalog sukzessive erweitert werden.



Teil C

Reformoptionen jenseits des
bestehenden Systems

C. Neue Ansätze der Krankenhausfinanzierung

Vergütungssysteme setzen klare Anreize an die Leistungserbringung. Damit kommt ihnen eine gestalterische Funktion zu. Deutschland hat bisher eine schlanke, zielgerichtete Ausrichtung verfolgt. Dies betrifft sowohl die Zielorientierung innerhalb des stationären Sektors, als auch die Interaktion mit anderen Sektoren.

Erstens knüpft Deutschland die Vergütung derzeit fast ausschließlich an die Fallzahl. Dies ermöglicht eine klare Fokussierung auf eine Steigerung der Aktivität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit, unterwirft jedoch auch die gesamte Leistungserbringung dieser Maxime. International zeigt sich eine Pluralisierung der Zielvorgaben. Dänemark schwebt eine „wertorientierte Steuerung“ (*værdibaseret styring*) vor. 2013 sprach dort eine Bund-Länderarbeitsgruppe hierzu Empfehlungen aus, die beispielsweise eine Flexibilisierung der Vergütung und eine stärkere Einbeziehung von Qualitätsmerkmalen umfassen (Danske Regioner et al. 2013). 2016 begannen Regionen mit der Ablösung der Fallpauschalenvergütung durch Budgets und die Bundes- und Landesregierung ersetzte die nationale Aktivitätsvorgabe zu Gunsten übergreifender Qualitätsziele (Regeringen und Danske Regioner 2018; Region Sjælland 2016; Højgaard et al. 2016). Die Vereinigten Staaten setzen sich 2015 die Maßgabe *from volume to value*: Bis 2018 sollten 85 % der Krankenhausvergütung an Qualität geknüpft sein und 50 % über neue Vergütungsformen ausgeschüttet werden (Burwell 2015). Frankreich schafft zu 2018 einen neuen Gesetzesbereich zur Erprobung neuer Vergütungsformen²¹ und beginnt mit einer sukzessiven Ablösung der aktivitätsgesteuerten durch eine qualitätsbasierte Vergütung (Ministère des solidarités et de la santé 2018). Auch im deutschen Kontext ließe sich eine Auffächerung der Zielsetzung von dem Fokus auf die Fallzahlerbringung hin zu einer Kombination aus Qualitätsvorgaben, Mindestvolumina und Effizienzzielen in die Vergütung integrieren.

Zweitens ist die Vergütung bisher auf den stationären Sektor konzentriert. Die stationäre und ambulante Leistungserbringung werden aus komplett voneinander getrennten Budgets bezahlt, sie werden über andere Vergütungssysteme finanziert und die Qualitätssicherung erfolgt in der Regel getrennt voneinander. Dies macht den stationären Sektor leichter planbar, widerspricht allerdings dem Behandlungspfad von Patienten, die keine Sektorengrenzen in der medizinischen Inanspruchnahme kennen. Formal hat Deutschland bereits ein Aufbrechen der Sektoren eingeleitet. Ende der 1980er beispielsweise begann die Öffnung des ambulanten Sektors für prä- und poststationäre Behandlungen durch das

²¹ Article 51 du LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 [Artikel 51 des Gesetzes Nr. 2017-1836 vom 30. Dezember 2017 zur Finanzierung der Sozialversicherung im Jahr 2018] (JORF n°0305 du 31 décembre 2017).

Krankenhaus, das kurz darauf um das ambulante Operieren nach § 115b SGB V erweitert wurde. Umgekehrt können sich niedergelassene Ärzte mittlerweile als Beleg- oder Honorararzt im Krankenhaus beteiligen. Die Vergütung ist dieser Öffnung allerdings nicht gefolgt. Der stationäre Sektor und der ambulante Sektor werden weiterhin getrennt voneinander finanziert. Dadurch stellt sich noch kein Verständnis einer gemeinsamen Leistungserbringung über Sektorengrenzen hinweg ein. Dies behindert eine bedarfsgerechte Leistungserbringung. Beispielsweise fördert es Doppeluntersuchungen und führt dazu, dass die Wahl des Sektors für die Behandlung eines Patienten aus finanziellen anstelle von medizinischen Kriterien getroffen wird. In anderen Staaten wurden Vergütungssysteme in den letzten Jahren bewusst verändert, um Sektorengrenzen zu überwinden, die Vergütung am Behandlungspfad des Patienten auszurichten, Wirtschaftlichkeitsreserven auszunutzen, und die Leistungserbringung aus dem stationären in den ambulanten Sektor zu verlagern. Dänemark, England, Frankreich, und Norwegen haben erfolgreich finanzielle Anreize geschaffen, um die Rate ambulanter Operationen zu erhöhen. Frankreich und die Vereinigten Staaten gruppieren ambulante und stationäre Leistungserbringer und vergüten sie für die Leistungserbringung eines Patienten mit einem gemeinsamen Budget. Deutschland hat mit seiner Gesetzgebung den Weg für eine sektorübergreifende Vergütung bereits angestoßen und könnte diesen mit einer entsprechenden Umstrukturierung der Vergütung komplettieren.

1. Finanzielle Anreize für sektorengleiche Leistungen

Eine sektorengleiche Vergütung beinhaltet international in erster Regel die Ambulantisierung von Operationen, die noch im stationären Sektor verortet sind. Ambulante Operationen benötigen häufig eine geringere Narkose, können taggleich durchgeführt werden und unterbrechen den Alltag von Patienten daher weniger. Bisherige Untersuchungen zeigen eine Gleichwertigkeit bis Überlegenheit gegenüber der stationären Leistungserbringung (Friedlander et al. 2019; Mezei und Chung 1999). Anders kann sich die Situation für ältere Patienten mit bestimmten Vorerkrankungen darstellen, da hierdurch ein höheres Risiko von Komplikationen entstehen kann (Fleisher et al. 2004). Für diese kann ein stationärer Aufenthalt notwendig werden, beispielsweise um eine angemessene, postoperative Kontrolle zu gewährleisten.

In **Dänemark** werden stationäre und ambulante Operationen gleich bezahlt. Bis 2017 unterhielt Dänemark eine eigene Fallpauschalengruppe mit Tarifen, die für eine ambulante und stationäre Behandlung identisch war (*gråzonetaksten* - Grauzonentarife). Diese wuchs von einem Anteil von 29 Fallpauschalen an 495 Fallpauschalen zum Jahr der Einführung auf 205 von 743 Fallpauschalen an (Sundhedsdatastyrelsen 2019). 2018 wurde das System weiter integriert. Das derzeitige 1.012 Fallpauschalen umfassende System nimmt keine Differenzierungen

mehr nach dem Ort der Leistungserbringung vor (Sundhedsdatastyrelsen 2019). **Norwegen** hat ein kleines Experiment vorgenommen. Bis 2009 erhielten Krankenhäuser dieselbe Fallpauschalenvergütung unabhängig davon, ob eine Prozedur stationär oder ambulant durchgeführt wurde. Zu 2010 wurden chirurgische Fallpauschalen in eine stationäre und ambulante Vergütung aufgesplittet (Lieng et al. 2013). Die ambulante Vergütung lag dabei unter der stationären. Als Folge sank die Zahl der ambulanten Operationen. Hierauf reagierte der Gesetzgeber mit Zuschlägen auf ambulante Operationen von 10 % im Jahr 2016 und 15 % im Folgejahr (Helsedirektoratet 2016). Seit 2018 werden ausgewählte sektorengleiche Prozeduren wieder gleich gesetzt und unabhängig von ihrem Ort der Leistungserbringung identisch vergütet (Helsedirektoratet 2017, 2019).

Frankreich ist zu den Ländern mit sektorenunabhängiger Vergütung hinzugestoßen und visiert eine Quote von 66,2 % bis zum Jahre 2020 an (Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes 2015). Damit soll ein Einsparungspotential von 417 bis 689 Millionen Euro realisiert werden (Inspection générale des finances und Inspection générale des affaires sociales 2014). 1991 schuf Frankreich etwa zeitgleich mit Deutschland die Möglichkeit des ambulanten Operierens²²²³. Seit 2003 wurden weitere Schritte zur Förderung des ambulanten Operierens unternommen. 2005 führte Frankreich die ersten finanziellen Anreize ein. 2009 wurde ein umfassenderer Schritt mit der Einführung eines einheitlichen Tarifes – der *tarification unique* – gewählt (Hirtzlin 2013; Cour des comptes 2018). Sektorengleich erbringbare Leistungen werden vorbereitend seit 2007, und final seit 2009 mit einem einheitlichen Tarif unabhängig vom Ort der Leistungserbringung vergütet. Hierfür wurden Fallpauschalen für ambulante Operationen mit stationären Interventionen mit eintägiger Verweildauer und leichtem Schweregrad gleichgesetzt und unter eine einheitliche Vergütung gestellt. 2009 wurden zunächst 18 Krankheitsgruppen ausgewählt, die schrittweise bis 2014 auf 111 erweitert wurden (Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes 2015). Zudem muss für einen Teil der Prozeduren (derzeit 55) seit 2008 die Zustimmung der Krankenkasse (Mise sous accord préalable) eingeholt werden²⁴. Dies betrifft derzeit lediglich Leistungserbringer, deren Rate ambulanter Operationen unter dem regionalen oder nationalen Durchschnitt liegt. Zur Realisierung wurden die einheitlichen Tarife ausgebaut. Zudem wurde die untere Verweildauergrenze für alle chirurgischen Fallpauschalen leichten Schweregrades abgeschafft. Dies wird derzeit erweitert auf Kurzlieger mit Verweildauern von drei bis sieben Tagen. Während die Verlagerung der chirurgischen Leistungserbringung in den ambulanten

²² Loi N° 91-784 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière [Gesetz Nr. 91-784 vom 31. Juli 1991, das eine Krankenhausreform beinhaltet] (Article 4 - Art. L. 712-10 du code de la santé publique) (JORF n°179 du 2 août).

²³ Décret en Conseil d'Etat N° 92-1100 du 2 octobre 1992 portant application de l'article L.712-10 du code de la santé publique [Verordnung Nr. 92-1100 vom Staatsrat vom 2. Oktober 1992, das die Anwendung des Artikels L. 712-10 des Sozialgesetzbuches umfasst] (JORF n°0234 du 8 octobre 1992).

²⁴ Article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale [Artikel L. 162-1-15 des Sozialgesetzbuches] eingeführt mit dem Loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (JORF n°0296 du 21 décembre 2007).

Sektor als Erfolg gewertet wird, ist dies in der medizinischen Leistungserbringung noch unzureichend der Fall (Cour des comptes 2018). Zudem wird die jetzige Struktur für ihre Überfinanzierung der ambulanten Leistungserbringung kritisiert, wenngleich dies als Anreiz bewusst gewählt war. Die Vergütung ambulanter Operationen liegt bis zu 20-30 % über den tatsächlichen Kosten und wird erst graduell an die realen Kosten angeglichen (Cour des comptes 2018, 2017).

England finanziert ambulante und stationäre Operationen (day surgeries) grundsätzlich identisch. Für eine ausgewählte Zahl an ambulanten Operationen, die mittlerweile 34 Fallpauschalen umfasst, existieren seit 2010/11 zudem zusätzliche Anreize. Damit kann bei diesen die Gesamtvergütung der ambulanten Operation *über* ihrer stationären Leistungserbringung liegen. Die Indikationen werden auf Empfehlung der entsprechenden Fachgesellschaft, der British Association of Day Surgeries, ausgewählt, die ein Kompendium an Prozeduren unterhält, die sich für taggleiche Interventionen (23 Stunden und weniger) oder Kurzaufenthalte (72 Stunden und weniger) eignen. Für *Best-Practice Tariffs* werden jene Prozeduren ausgewählt, die über ein hohes Volumen verfügen, die prozentuale Rate unterhalb der möglichen Ambulantisierung liegt und stark zwischen den Leistungserbringern variiert (NHS Improvement und NHS England 2019a). Das Anreizsystem startete 2010/11 mit der Entfernung der Gallenblase und ist mittlerweile auf 34 Prozeduren angewachsen. 2019/20 wurden 13 *Best-Practice Tariffs* wieder abgeschafft, da das Ambulantisierungsziel erreicht wurde (NHS Improvement und NHS England 2019a). Der finanzielle Anreiz gilt weitgehend als erfolgreich. Die Rate an ambulant durchgeführten Operationen hat sich nach Einführung der *Best-Practice Tariffs* merklich erhöht (Allen et al. 2016; Gaughan et al. 2019). Eine Ausnahme hiervon bilden allerdings Notfallinterventionen, bei denen eine Ambulantisierung als medizinisch schwierig angesehen werden darf. Bei diesen Indikationen zeigte sich keine Veränderung in der Rate (Gaughan et al. 2019). Seit 2012/13 existieren zudem drei Prozeduren, die für eine ambulante Behandlung am Krankenhaus ausgewählt wurden. Diese umfassen diagnostische Zystoskopie (diagnostic cystoscopy), diagnostische Hysteroskopie (diagnostische hysteroscopy) und die hysteroskopische Sterilisation (Hysteroscopic sterilisation). Für die ambulante Behandlung wird jeweils ein höherer Preis gezahlt, als für die stationäre Behandlung.

Empfehlung: Deutschland hat bereits die rechtlichen Rahmenbedingen geschaffen, um eine stärkere Durchlässigkeit des stationären und ambulanten Sektors zu fördern und den Umfang des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V seit seiner Einführung 1992 immer wieder gestärkt. Die Herangehensweise anderer Industrienationen zeigt, wie die Vergütung dieser Struktur folgen kann, um die sektorengleiche Leistungserbringung und Ambulantisierung von Operationen zu fördern. Dabei hat sich die **Gleichsetzung der Vergütung** der ambulanten und stationären Leistungserbringung für ausgewählte Leistungsbereiche als Standard herausgebildet. Hierbei wurde die Fallpauschalenvergütung pragmatisch auf die

ambulante Leistungserbringung erweitert und steht seitdem gleichberechtigt nebeneinander. Als ersten Schritt haben England und Frankreich Leistungsbereiche identifiziert, die sich für eine Ambulantisierung eignen und besonders gefördert werden sollten. Dies umfasst in Frankreich Fälle mit kurzer Verweildauer und leichtem Schweregrad, in England Fälle mit hohem Volumen, großem Potential auf Basis von Schätzungen einer Fachgesellschaft und großer Varianz der Leistungserbringer.

Analog hierzu könnte Deutschland zunächst ein Set an Leistungen auswählen, die über einen geringen Schweregrad, kurze Verweildauern und ein großes stationäres Volumen verfügen und besonders gefördert werden sollen. Diese Liste könnte in den kommenden Jahren schrittweise erweitert werden. Die Erfahrung Englands, Frankreichs und Norwegens gibt einen Hinweis, wie umfassend die finanziellen Anreize anzusetzen sind, um die bisherige Struktur überwinden zu können. Daher ist mit einer Übergangphase zu rechnen, in der die ambulante Leistungserbringung neben der reinen Kostenerstattung mit finanziellen Anreizen belegt ist. Nach einem ersten Aufbau entsprechender Strukturen könnte eine Kalkulation für diese Fälle analog zur DRG-Kalkulation erfolgen, d.h. auf Basis tatsächlicher Kosten von Kalkulationspraxen und -häusern. Erste Erfahrungen mit dafür nutzbaren sogenannten Hybrid-DRG gibt es auch in Deutschland. Die Techniker Krankenkasse hat zusammen mit Krankenhäusern und Arztpraxen in Thüringen ein entsprechendes Modell vereinbart. Eingeschlossen sind zunächst lediglich vier chirurgische Indikationen mit leichtem Schweregrad. Vergütung, Qualitätsvoraussetzungen und -messung sind für alle Teilnehmer identisch definiert. Für die Ausweitung eines solchen Modellansatzes in die Regelversorgung müssen symmetrische Voraussetzungen im ambulanten Sektor sowie in Krankenhäusern geschaffen werden. Dies betrifft unter anderem die Investitionskostenfinanzierung, die Qualitätssicherung sowie das Entlassmanagement. Langfristig kann die Ambulantisierung jedoch zu einer kosteneffizienteren und gleichzeitig bedarfsgerechteren Gesundheitsversorgung führen

2. Performanzorientierte Budgetierung von Krankenhausleistungen

In Deutschland sind Fallpauschalen fast die alleinige Vergütungsgrundlage von Krankenhäusern. Dies ist im internationalen Kontext ungewöhnlich. Andere Industrienationen haben den Anteil des Fallpauschalensystems an der Gesamtvergütung entweder von vorneherein geringer angesetzt, oder sind gerade dabei, diesen Anteil zu reduzieren. Hierbei unterscheiden sich OECD-Länder in der Radikalität des Umbaus. Während Norwegen mit einer Mischfinanzierung experimentiert, England und Frankreich einen sanften Umbau des Vergütungssystems vornehmen, Australien und zwei US-amerikanische Staaten ausgewählte Krankenhäuser aus der Fallpauschalenvergütung herausnehmen,

wählen Dänemark und Maryland eine grundsätzliche Abkehr von Fallpauschalen. Ihnen gemeinsam ist die zugrundeliegende Motivation. Angesichts mangelnder Kostenkontrolle, einer übermäßigen Aktivitätssteigerung und einer mangelnden Verknüpfung mit der Qualität der Leistungen scheinen zunehmend mehr Länder Alternativen einzuführen oder zu erwägen (Cour des comptes 2017).

England strebt die Ablösung von Fallpauschalen durch eine Kombination aus Budgets und qualitätsbasierter Vergütung an (NHS England 2019). Dem vorausgehend haben Clinical Commissioning Groups bereits ihre Vergütung von Fallpauschalen auf Jährliche Budgets umgestellt (NHS Partners Network und NHS Confederation 2016). Ihnen zufolge verfügen Fallpauschalensysteme nicht über die richtige Anreizstruktur, um ihre Ziele zu erreichen (National Audit Office 2018).

Australien nimmt kleine, öffentliche Krankenhäuser in ländlichen Regionen und hochspezialisierte städtische Krankenhäuser von vorne herein von der Vergütung nach Fallpauschalen aus, die für diese Vergütungsart als nicht geeignet gelten. Stattdessen werden sie auf Basis eines jährlichen Budgets in Abhängigkeit von ihrer geografischen Lage, Größe und des Leistungsspektrums finanziert (Independent Hospital Pricing Authority 2019b). Grundsätzlich qualifizieren sich dafür ländliche Krankenhäuser mit einem Casemix von unter 3.500 (2019/20 äquivalent zu knapp 18 Millionen Australischen Dollar) und städtische Krankenhäuser mit einem Casemix akuter Fälle unter 1.800 (entspricht 2019/20 gut 9,24 Millionen Australischen Dollar). Diese *National Efficient Costs* werden wie die Fallpauschalen öffentlicher Krankenhäuser von der Independent Hospital Pricing Authority berechnet. 2019 erhielten 370 öffentliche Krankenhäuser durchschnittlich 5,319 Millionen australische Dollar gegenüber ca. 460 öffentlichen Krankenhäusern mit Fallpauschalenfinanzierung. **Pennsylvania** folgt Australien. Es stellt die Vergütung ländlicher Krankenhäuser seit 2018 schrittweise auf eine budgetbasierende Vergütung um (Centers for Medicare & Medicaid Services 2020c). Diese Umstrukturierung wird von Medicare, Medicaid und fast allen privaten Versicherungen getragen. Im ersten Jahr formulieren Krankenhäuser Zielvereinbarungen zur Qualitätsverbesserung, zum Zugang zu Präventionsmaßnahmen und Kosteneindämpfung. In der 2019 begonnenen, auf fünf Jahre angesetzten Implementierungsphase erhalten Krankenhäuser ein prospektives Jahresbudget, das überwiegend auf dem Vorjahresbudget basiert und eine Kostensteigerung von 3,38 % nicht übersteigen darf. Die Gesamtersparnisse von Medicare werden auf 35 Millionen US-Dollar angesetzt. Derzeit nehmen 13 Krankenhäuser an dem neuen Modell teil (Centers for Medicare & Medicaid Services 2020c).

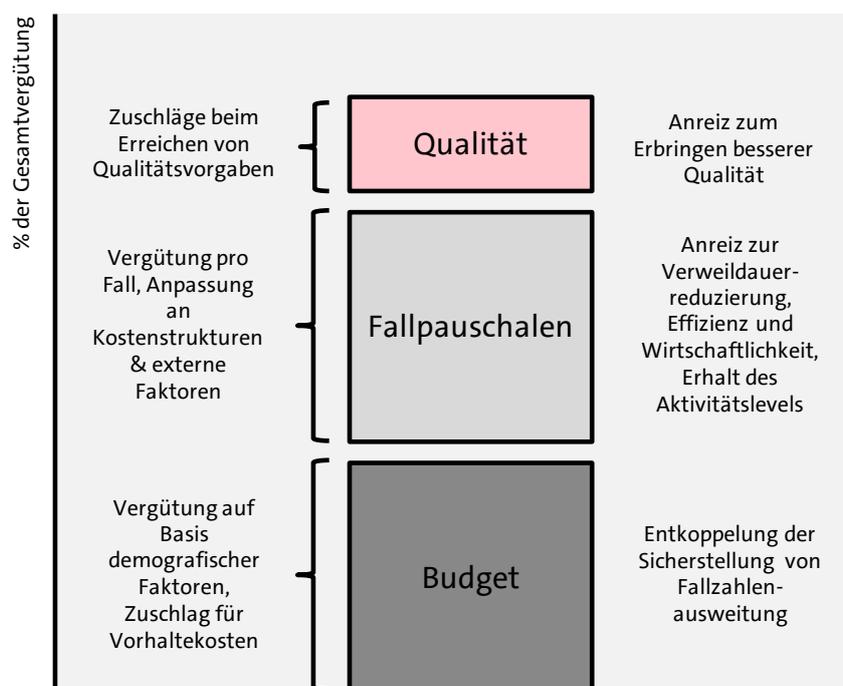
Maryland geht darüber hinaus. Der Staat ist seit jeher eine Ausnahmeerscheinung in den Vereinigten Staaten. Seit 1977 unterhält der Bundesstaat sein eigenes Preissystem. Hierbei gilt ein einheitlicher Preis für alle Patienten (Murray 2009;

Roberts et al. 2018a). Im Rest des Landes werden rund 50 % der Ausgaben von privaten Versicherungen vergütet, deren Preise von 50 % bis zu 400 % höher sein können, als jene von Medicare und Medicaid (Cooper et al. 2018; White und Whaley 2019). Seit 2003 unterhält es seine eigenen pay-for-performance-Programme, deren Evaluationen deutlich vielversprechender sind, als jene von Medicare und Medicaid (Murray 2009; Calikoglu et al. 2012). 2010 startete Maryland mit der Einführung von Budgets für acht ländliche Krankenhäuser, und erweiterte dies zum Maryland All-Payer-Modell für alle 46 Krankenhäuser. In diesem Programm wird für jedes Krankenhaus ein jährliches, prospektives Budget für die gesamte Leistungserbringung unabhängig von der Versicherung des Patienten festgelegt. Die Höhe basiert überwiegend auf den Ausgaben des Vorjahres und wird bei demographischen Veränderungen und anhand von Qualitätsergebnissen angepasst. Krankenhäuser werden weiterhin auf Basis von Fallpauschalen vergütet, müssen jedoch innerhalb des Budgets bleiben. Krankenhäuser, die ihre Menge ausdehnen, müssen ihre Preise senken. Umgekehrt erhalten Krankenhäuser, die ihr Volumen reduzierten, eine höhere Vergütung pro Fall. Krankenhäuser erhalten Abschläge, wenn sie ihr Budget um mehr als 0,5 % verfehlen. Hierdurch sollte innerhalb des Projektraumes eine Einsparung von insgesamt 300 Millionen US-Dollar realisiert und die Kostensteigerung stationärer Ausgaben auf 3,58 % pro Kopf pro Jahr gedämpft werden. Mit der Überführung des Programmes in das Maryland Total Cost of Care Model 2019 wird das bisher rein auf den stationären Sektor begrenzte Projekt wie ursprünglich intendiert um die ambulante Leistungserbringung erweitert (Maryland Department of Health 2018). Zukünftig können Krankenhäuser beispielsweise finanzielle Anreize für ambulante Leistungserbringer gewähren. Die intendierte Kostendämpfung scheint geglückt zu sein und die Gesamteinsparungen der Medicarekosten der ersten fünf Projektjahre belaufen sich auf 599 Millionen US-Dollar im Vergleich zur nationalen Ausgabensteigerung (Delanois et al. 2018; Maryland Department of Health 2018). Die bisherigen Evaluationen der Inanspruchnahme sind uneinheitlich und rangieren von keinen Veränderungen (Roberts et al. 2018b; Roberts et al. 2018a), über einer Reduktion der ambulanten, aber nicht stationären Inanspruchnahme (Done et al. 2019) bis hin zu einer starken Reduzierung der Inanspruchnahme in allen Leistungsbereichen des Krankenhauses (Pines et al. 2019).

Norwegen und **Dänemark** setzen seit jeher auf eine Kombination von Budgets und Fallpauschalen. In Norwegen hat sich der Anteil des Fallpauschalensystems nach Phasen des Experimentierens bei 50 % eingeppegelt. Eigentlich sollte der Anteil 2012 von den damaligen 40 % auf 30 % herabgesetzt werden (Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement 2009). Dies wurde nach einem Regierungswechsel jedoch wieder aufgegeben. Dennoch bleibt der derzeitige Anteil von 50 % in der Kritik und eine Absenkung zu Gunsten eines Pauschalbudgets wird immer wieder diskutiert (Stortinget 2017). Die Dänischen Regionen sind derzeit im Begriff, die Fallpauschalenvergütung durch eine Kombination aus Budgets und

qualitätsbasierter Vergütung abzulösen. Die Umsetzung variiert in den fünf Dänischen Regionen. Historisch verwendet Dänemark eine Kombination aus einem globalen Budget und einer Fallpauschalenvergütung, die sukzessive von 10 % über 20 % auf 50 % erhöht wurde (Statsrevisionere 2010). Dieses System, das einen verstärkten Anreiz auf eine Aktivitäts- und Produktivitätssteigerung legen sollte, gelangte Beginn des letzten Jahrzehnts in die Kritik für seine Fehlanreize und das Fehlen von Qualitätselementen (Danske Regioner et al. 2013). Im Folgenden starteten die Regionen diverse Pilotprojekte zur besseren Integration der Qualität in die Vergütung (Højgaard et al. 2016). Parallel dazu verabschiedete die Regierung mit den Regionen acht nationale Gesundheitsziele, die nun von den Regionen angepasst, ergänzt und in ihr jeweiliges System eingebaut werden (Regeringen und Danske Regioner 2015; Sundheds- og Ældereministeriet et al. 2018b; Sundheds- og Ældereministeriet 2018a). Seeland hat 2017 begonnen, die Fallpauschalenvergütung komplett durch globale Budgets abzulösen und setzt damit die 2012 begonnene Regionalstrategie (*Værdi for Borgerne*) fort (Region Sjælland 2016). Dem schloss sich die Region Mitteljütland parallel dazu an (Højgaard et al. 2016). Zuvor experimentierte es von 2014 bis 2016 mit seiner patientenzentrierten Steuerung (*Ny styring i et patientenperspektiv*). Hierbei legte die Region mit einer Auswahl von Fachabteilungen seiner Krankenhäuser Zielvorgaben fest (Højgaard et al. 2016; Larsen et al. 2018). Die Hauptstadtregion folgte 2019 (Region Hovedstaden 2018). Die Formulierung regionaler Ziele und der begleitenden Vergütung sind noch in der Entwicklung.

Abbildung 6: Mögliche Zusammensetzung der Krankenhausvergütung



Quelle: Eigene Darstellung der Autoren.

Empfehlung: Die **Umstellung auf eine Kombination von Vergütungssystemen** ist eine Frage der Zielorientierung der stationären Leistungserbringung. Die Überführung eines Teils bis hin zu der gesamten Vergütung der Leistungserbringung in Budgets erlaubt eine bessere Kostenkontrolle der Krankenhausausgaben und verspricht damit eine Eindämmung der Mengenentwicklung. Gleichzeitig sollte der Anreiz zur Effizienz, Wirtschaftlichkeit und der Reduzierung der Verweildauer erhalten bleiben. Das neue Vergütungssystem muss den Spagat zwischen Planbarkeit und Kostendämpfung auf der einen, und effizienter, wirtschaftlicher und schneller Leistungserbringung auf der anderen Seite erreichen. Hierbei könnte Deutschland den bisher beschrittenen Weg ausbauen und auf eine Kombination aus verschiedenen Vergütungssystemen setzen, wie es in beispielsweise den Nordischen Ländern erfolgt. Die Kombination aus Sicherstellungszuschlägen, Zuschlägen für die Bereithaltung von Notfallstrukturen und Zentren deuten bereits eine Hinwendung zu Budgets an. Diesen Bereich könnte Deutschland stärken und dem internationalen Trend, beispielsweise Frankreichs und der Vereinigten Staaten, folgen. Dabei könnte ein Teil der Vergütung, analog zu den Nordischen Ländern, als Grundbetrag auf Basis der historischen Inanspruchnahme und der Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Strukturen gewährt werden (Vgl. Abbildung 6). Hiermit wird den Krankenhäusern eine Grundfinanzierung gewährt, die unabhängig von der Fallzahl ist. Dieser Grundbetrag könnte beispielsweise von der Zusammensetzung der Bevölkerungsstruktur und ihrem Morbiditätsniveau und von der Versorgungsstufe inklusive der damit notwendigen Vorhaltung von Strukturen abhängig sein. Weiterhin sollten die Erfüllung bestimmter Qualitätskriterien, z.B. Mindestmengen, und geographische Charakteristika einfließen. Die Abfinanzierung könnte analog zu der Ausgestaltung der Pflegebudgets in Form von leistungsbasierten Entgelten erfolgen, um die Kostenträger entsprechend ihres spezifischen Anteiles an der Finanzierung zu beteiligen.

Dieser Grundbetrag könnte durch einen weiterhin über Fallpauschalen finanzierten Vergütungsanteil ergänzt werden. Hierdurch bleibt der Anreiz zur Effizienzsteigerung, Wirtschaftlichkeit und Senkung der Verweildauer erhalten. Gleichzeitig wird dadurch eine leistungsgerechte Vergütung erhalten. Damit würde Deutschland Norwegen folgen und deren Erfahrung des Verhältnisses von Budgets zu Fallpauschalen nutzen und unterschiedliche Zielausrichtungen in der Vergütung zusammenführen. Außerdem könnte die Qualität der Leistungserbringung wie beispielsweise in England und Frankreich über Prozess- und Ergebnisparameter erhoben werden, welche die Vergütung über Zuschläge anpasst. Damit könnte eine leitlinienkonforme, qualitativ hochwertige Leistungserbringung gefördert werden

3. Finanzielle Anreize für sektorenübergreifende Leistungen (Bundled payments)

Eine Vergütung nach Behandlungsepisoden bündelt die Vergütung über Sektorengrenzen hinweg. Hierdurch wird ein gemeinsames Verständnis der Leistungserbringer für die Behandlung eines Patienten geschaffen und Sektorengrenzen überwunden. Zudem könnten Kosten durch eine effizientere Behandlung, beispielsweise die Vermeidung von Doppeluntersuchungen, reduziert werden. Die Vereinigten Staaten haben verschiedene kleinere, erfolgreiche Projekte in eine umfassende Strategie umgewandelt (Cromwell et al. 1997; Casale et al. 2007; Mechanic und Altman 2009). Dies ist Teil des 2015 postulierten Ziels, 50 % der Vergütung von Medicare und Medicaid in alternative Modelle zu überführen (Navathe et al. 2017). Frankreich baut derzeit darauf auf und pilotiert eine episodensbasierte Vergütung für drei Leistungsbereiche.

Frankreich visiert eine schrittweise Umstellung seiner Vergütung auf Budgets mit Qualitätsindikatoren an, welche gleichzeitig eine Überwindung der Sektorengrenzen befördern soll. Nach der bis 2022/2023 andauernden Pilotphase mit ausgewählten Leistungserbringern soll diese Vergütungsform national ausgerollt werden und in die Regelversorgung eingehen. Mit dem *Expériment de paiement à l'épisode de soins* (EDS, episodensbasierte Vergütung von Gesundheitsleistungen) führt Frankreich zunächst für die Leistungsbereiche „Hüft- und Knie-TEP“ und „Kolotomie bei Darmkrebs“ Bundled Payments ein und pilotiert dies in 27 Krankenhäusern. Die neuen Bundled Payments ersetzen die derzeitige Vergütung durch globales Budget. Dies soll die Zahl unnötig erbrachter Leistungen reduzieren, die Rate an Wiedereinweisungen senken und die Qualität der Leistungserbringung erhöhen. Eine Leistungsperiode beginnt 45 Tage vor dem stationären Aufenthalt, umfasst diesen und endet 90 bis 180 Tage nach diesem (Ministère des affaires sociales et de la santé und Assurance Maladie 2019c, 2019b, 2019a). Die Qualität der Leistungserbringung wird über Prozess- und Ergebnisindikatoren, PREMS und PROMS erhoben, aus denen sich ein Gesamtscore ergibt. In Endergebnis erhalten Krankenhäuser einen Zuschlag von bis zu 10 %, den sie mit ambulanten Leistungserbringern teilen, oder einen Abschlag von bis zu 3 %, der alleine beim Krankenhaus verbleibt (Ministère des affaires sociales et de la santé und Assurance Maladie 2019c, 2019b, 2019a). Die neue Vergütungsart wird von einer verpflichtenden Evaluation begleitet.

In den **Vereinigten Staaten** experimentiert Medicare seit 2009 mit Bundled Payments im Rahmen des freiwilligen Acute Care Episodes, und seit 2013 mit der Bundled Payments for Care Improvement (BPCI) Initiative, die 2018 in eine neue Phase überführt wurde. In der alten, 2013 gestarteten Form werden teilnehmende Krankenhäuser normal nach Fallpauschalen und niedergelassene Ärzte nach Fee-for-service vergütet. Dabei wird der Krankenhausaufenthalt mit einer 30 bis 90-

tägigen poststationären Phase zusammengefasst. Die Vergütung erfolgt retrospektiv über das bestehende Vergütungssystem, wird aber verglichen mit einem gebündelten Preis für die gesamte Leistungserbringung als „Zielpreis“ (target price). Ähnlich zur klassischen Fallpauschalenvergütung, machen Krankenhäuser, deren Kosten unter dem Zielpreis bleiben, Gewinn, wohingegen Krankenhäuser, deren Kosten darüber liegen, Verluste verbuchen. 2018 nahmen hieran 432 Leistungserbringer teil und konnten aus 48 Indikationen mit dazugehöriger Behandlungsepisode auswählen (Centers for Medicare & Medicaid Services 2020b). Im Rahmen der Initiative werden noch weitere Modelle initiiert, darunter ein Modell, das sich an ambulante Leistungserbringer richtet und lediglich die poststationäre Phase betrachtet (Centers for Medicare & Medicaid Services 2020c). 2018 startete die neue Phase des bis 2023 andauenden Bundled Payments for Care Improvement Advanced (BPCI Advanced) (Centers for Medicare & Medicaid Services 2020a). Hierbei erhalten Krankenhäuser eine retrospektive Vergütung für eine den stationären Aufenthalt und weitere 90 Tage umfassende Behandlungsepisode. Derzeit umfasst das Projekt 35 Behandlungsepisoden. Die Vergütung ist an Qualitätsindikatoren gebunden, darunter beispielsweise das Auftreten von unerwünschten Ereignissen und die Mortalitätsrate in den ersten 30 Tagen nach der Krankenhausentlassung. Hierdurch kann die Vergütung um bis zu 10 % adjustiert werden (Centers for Medicare & Medicaid Services 2019a, 2019b). Die Evaluationen der Acute Care Episodes und des Bundled Payments for Care Improvement Projects sind erfolgsversprechend. Für Gelenkersatz konnten Ersparnisse von rund 20 % pro Patienten nachgewiesen werden, ohne dass sich Qualitätseinbußen zeigen (Dummit et al. 2016; Navathe et al. 2017).

Empfehlung: Eine derartige Einführung einer **episodenbasierten Vergütung** in Deutschland stellt eine gute Möglichkeit dar, unterschiedliche Sektoren der Leistungserbringung finanziell zusammenzuführen und damit ihre Grenzen zu überwinden. Eine derartige Ausrichtung der Finanzströme zeichnet die reale Inanspruchnahme des Patienten nach. Beispielsweise könnten Leistungserbringer eines ganzen Landkreises im ländlichen Bereich eine episodensbasierte Vergütung erhalten. Sie könnten dann selbst entscheiden, wie die Versorgung der Patienten erbracht werden soll und wie hierfür gegebenenfalls die Strukturen angepasst werden müssen. Dieser Vergütungsansatz erscheint vor allem in eher ländlich geprägten Regionen vielversprechend. Zur Wahrung einer fairen Vergütung sollten die Pauschalen in Anlehnung an die französische Herangehensweise an das Risikoprofil des Patienten angepasst werden. Dies ist in den Vereinigten Staaten derzeit nicht der Fall und kann zu einer ungerechtfertigten Begünstigung von medizinisch leichten Fällen gegenüber höheren Risiken führen. Deutschland könnte Frankreich folgen und zunächst ausgewählte Leistungsbereiche identifizieren, für die der stationäre und ambulante Leistungsbereich gebündelt werden. Da dieses Modell die Episode des einzelnen Patienten vergütet, entspricht es auch eher den speziellen deutschen Strukturen mit seiner Vielzahl von Kostenträgern. Es kann sehr

gut in die wettbewerblichen Strukturen des Krankenkassenmarktes integriert werden. Ähnlich wie bei der Einführung der Pflegebudgets sollte der finanzielle Anteil pro Krankenkasse auf Basis des Anteils an Patienten und deren Morbidität an dem gesamten Fallvolumen ermittelt werden. Die Vergütungsanteile pro Patient können wie in Frankreich mittels Patientencharakteristika angepasst werden.

D. Zusammenfassung und Fazit

Deutschland blickt auf rund 20 Jahre der Vergütung von Krankenhausleistungen durch Fallpauschalen zurück. Diese sollten die Effizienz, Transparenz und Wirtschaftlichkeit erhöhen, Verweildauern und Betten reduzieren, woran die vorherige Mischfinanzierung gescheitert war. Mittlerweile haben sich einige Defizite in der Vergütung offenbart. Die überproportionale Mengenentwicklung ist nur zum Teil nachfrageseitig zu erklären, der Einfluss auf die Effizienz ist unklar und die Reduzierung der Verweildauer war nach Einführung des Fallpauschalensystems geringer, als vorher. Krankenhäuser in urbanen Regionen, beziehungsweise mit schwacher Verhandlungsposition, sowie Krankenhäuser in ländlichen Regionen, die Schwierigkeiten haben, eine Mindestfallzahl zu erreichen, gelten als Verlierer des Systems. Auf ihnen lastet ein besonders hoher Anreiz zur Fallausweitung, um die für sie unzureichende Vergütung abzufedern. Insgesamt gilt das deutsche Fallpauschalensystem als reformbedürftig (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018).

Der Umfang der Reformen ist davon abhängig, ob Deutschland Verzerrungen und Fehlanreize in der Vergütung korrigieren und die Fairness des Systems erhöhen will, oder ob es dem Vergütungssystem eine größere, gestalterische Rolle zuteilen möchte. Für beide Optionen gibt es in anderen Industrienationen bereits Vorarbeiten und Erfahrungen. Eine Gewichtung der Kalkulationsstichprobe bildet die tatsächliche Krankenhausstruktur besser ab (Vgl. Australien), sie gewähren Krankenhäusern mit hohen Vorhaltekosten Pauschalen (Vgl. Frankreich), bilden unterschiedliche Kostenstrukturen in der Vergütung ab (Vgl. England und Österreich) und kompensieren und honorieren Krankenhäuser für die Erbringung höherer Qualität (Vgl. England). Eine Integration dieser Ansätze könnte die derzeitigen Verzerrungen in der Vergütung in Deutschland korrigieren. Darüber hinaus nutzen sie die Vergütung, um eine Verlagerung der Leistungserbringung in den ambulanten Sektor anzureizen (Vgl. England und Frankreich), Sektorengrenzen zu überwinden (Vgl. Vereinigte Staaten und Frankreich), oder um die Vergütung an einer neuen Zielorientierung auszurichten (Vgl. Maryland und Dänemark).

Mit wenigen, pragmatischen Schritten könnte Deutschland die Defizite des deutschen Vergütungssystems angehen, die Fairness verbessern und Fehlanreize ausgleichen. Dies umfasst zunächst eine Gewichtung der Kalkulationskrankenhäuser und Konstanthaltung der Kalkulationsstichprobe, welche die Herausforderungen der Verpflichtung von Kalkulationshäusern auflöst. Eine Finanzierung von Vorhaltekosten für Strukturen der Leistungserbringung, beispielsweise für seltene Erkrankungen, Notfälle und die Grundversorgung auf dem Land, reduziert den finanziellen Druck von Krankenhäusern, ihre Strukturen über eine Fallzahlausweitung querfinanzieren zu müssen. Mit der Förderung von Zuschlägen durch das Krankenhausstrukturgesetz hat Deutschland diese

Notwendigkeit bereits erkannt. Mit einer Erhöhung des Anteils solcher Zuschläge an der Gesamtvergütung, einer besseren Koordination und grundlegenderen Überprüfung der Bedarfsnotwendigkeit der betreffenden Krankenhäuser an sich könnten sie ihre Wirkung noch besser entfalten. Eine Anpassung der Vergütung an exogene Kostenfaktoren, die nicht der Kontrolle des Krankenhauses unterliegen, sowie an Versorgungsstufen, die unterschiedliche Kostenstrukturen mit sich bringen, erhöht die Fairness des Vergütungssystems, schafft finanzielle Entlastung für Krankenhäuser, die für ihre ungünstigen Kostenstrukturen nicht verantwortlich sind und ist ebenso leicht umsetzbar. Die Integration von Qualitätsindikatoren wurde im Rahmen der Komplexmaßnahmen bereits begonnen. Diesen Teil könnte Deutschland nun ausbauen.

Auch für umfassendere Reformen hat Deutschland bereits in den letzten Jahren den Weg geebnet. So hat eine Weiterentwicklung der Krankenhausvergütung vom Fallpauschalensystem als dominierendem Vergütungsinstrument hin zu einem Mischsystem bereits eingesetzt. Mit der Hinwendung zu Zuschlägen zur Finanzierung von Versorgungsstrukturen bewegt sich Deutschland spätestens seit dem Krankenhausstrukturgesetz auf eine Mischfinanzierung zu. Mit der Ausgliederung der Pflegekosten aus dem Fallpauschalensystem wurde ein weiterer Schritt in Richtung einer Kombination unterschiedlicher Vergütungsformen vollzogen. Im Rahmen einer größeren Reform könnten diese ersten Ansätze zu einer systematischen Mischvergütung ausgebaut werden. Inspiriert von der Erfahrung anderer OECD-Länder könnte Deutschland einen Anteil der Vergütung über Pauschalen finanzieren, die an bedarfsnotwendige Strukturen, beispielsweise Stroke Units und Geburtsstationen, geknüpft sind. Einen weiteren Anteil könnte Deutschland durch ein Fallpauschalensystem finanzieren, um Anreize zur Effizienzsteigerung und Verweildauerreduzierung aufrecht zu halten. Final könnte es einen Anteil der Vergütung von dem Erreichen vorgegebener Qualitätskriterien abhängig machen. In allen Fällen empfiehlt sich die gezielte Pilotierung dieser Maßnahmen, um eventuell nachadjustieren zu können. Zur Aufrechterhaltung des Wettbewerbs unter den Kassen sollte dabei eine leistungsgerechte Umlage der Kosten auf die jeweiligen Kassen mitbedacht werden.

Auch eine stärkere Interaktion des Krankensektors mit Leistungserbringern anderer Sektoren wurde in Deutschland bereits angelegt. Mit dem Ende der 1980er begonnenen Öffnung des ambulanten und stationären Sektors für sein jeweiliges Gegenstück hat Deutschland die Überwindung der Sektorengrenzen bereits eingeleitet. Die Finanzierung der Leistungserbringung bleibt bisher allerdings in ihren klassischen Strukturen verhaftet und erfolgt über getrennte Budgets und traditionelle Vergütungssysteme (Einzelleistungen und Fallpauschalen). Eine Anpassung der Vergütung an die geöffneten Strukturen kann die Leistungserbringung nun zusammenführen. Sowohl für die Zusammenfassung von Behandlungspfaden zu einer Gesamtvergütung (Bundled Payments), als auch für die

Förderung einer stärkeren Gleichsetzung von ambulanter und stationärer Leistungserbringung (Ambulantes Operieren/ sektorengleiche Leistungen) bietet sich im ersten Schritt die Identifizierung von ausgewählten Leistungsbereichen an, die über eine gemeinsame, beziehungsweise gleichwertige Vergütung honoriert werden. Die Zahl der Leistungsbereiche kann in den kommenden Jahren schrittweise erhöht werden.

E. Krankenhausvergütung im Lichte von Corona

Der Ausbruch der Coronapandemie hat eine grundsätzliche Diskussion um die Struktur und Genese des Gesundheitssystems eröffnet. Die Be- und Überlastung der Krankenhäuser in ausgewählten Regionen Frankreichs, Italiens und Spaniens hat den stationären Sektor ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt. Deutschland wurde von den Auswirkungen der Pandemie glücklicherweise weniger stark getroffen. Dies ist einem zeitlich verzögerten Ausbruch in einer vergleichsweise jüngeren Bevölkerungsgruppe, und einer früh eingesetzten, umfassenden Testung zu verdanken. Diese Strategie teilt Deutschland mit anderen OECD-Ländern, die einen vergleichsweise milderen Ausbruch zu verzeichnen hatten.

Der „ambulante Schutzwall“ hat den Krankenhaussektor erfolgreich abgeschirmt

Im Vergleich zu anderen Ländern hat Deutschland seine Testkapazitäten früh und umfassend ausgebaut. Der an der Charité entwickelte PCR-Test (Polymerase Chain Reaction/Polymerase-Kettenreaktion) wurde Mitte Januar veröffentlicht und das Testprotokoll von der WHO für Labore bereitgestellt (Deutsches Zentrum für Infektionsforschung/Charité 2020). Anfang Februar führte Deutschland eine EBM-Ziffer zur Abrechnung für Labore ein und gewährte eine extrabudgetäre Vergütung für die Behandlung von Coronapatienten im ambulanten Sektor (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2020). Das Robert Koch-Institut flankierte diese Einführungen mit einem breit gefassten Ablaufprotokoll zur Testung von Verdachtsfällen und ihrer Kontaktpersonen. Die Umsetzung erfolgte in einem umfassenden, landesweit dezentralisiert zur Verfügung stehenden Netzwerk von Laboren, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und dem öffentlichen Gesundheitsdienst. Die hohe Zahl in Deutschland ansässiger Unternehmen im Bereich Medizintechnik und Biotechnologie ermöglichte eine schnelle Ausstattung mit Reagenzien.

Länder, die stärkere Ausbrüche zu verzeichnen hatten, sind zum Teil strukturell anders aufgebaut und haben zum Teil bewusst andere Strategien angewandt. Erstens haben ausgewählte Länder eingangs versucht, eigene Testprotokolle zu entwickeln, die sich jedoch als fehlerhaft herausstellten und Zeit kosteten (Sharfstein et al. 2020). Zweitens verfügten sie über deutlich geringere Testkapazitäten als Deutschland (Rough 2020; Sharfstein et al. 2020). Während Deutschland Mitte März bereits mindestens 348.619 Tests pro Woche in 150 Laboren durchführte und deutlich höhere Kapazitäten vorhalten konnte, verfügte Großbritannien über 9 Labore und versuchte, seine Kapazitäten von rund 1.500 Tests pro Tag auf 8.000 Stück auszubauen. Im Vergleich dazu testete Frankreich zu diesem Zeitpunkt rund 9.300 Mal pro Woche. (Robert Koch-Institut 2020; NHS England and NHS Improvement 2020; Santé publique France 2020; NHS England 2020). Drittens waren im Vergleich zu Deutschland die Testanweisungen restriktiver. In England, Frankreich, den USA und zeitweilig auch Italien wurden Tests beispielsweise

zunächst auf symptomatische Patienten mit Risikofaktoren begrenzt (Sharfstein et al. 2020; Rough 2020; Regione Lombardia 2020; Gandre und Or 2020; Haut Conseil de la Santé Publique 2020; Ministero della Salute 2020e). In England wurden im Gesundheitswesen tätige Personen zunächst von Tests ausgeschlossen und in der Lombardei wurde ein Test an das Vorliegen von Symptomen geknüpft (Rough 2020; Regione Lombardia 2020), was Ausbrüche in Gesundheitseinrichtungen begünstigte. In Italien rangierten die Vorgaben von auf ausschließlich im Krankenhaus aufgenommene Patienten beschränkte Tests in der Lombardei bis hin zu umfangreichen, bevölkerungsweiten Ansätzen in Regionen im Veneto (Regione del Veneto 2020; Belvis et al. 2020). Dies verhinderte ein schnelles Bild der Infektionsraten in Teilen des Landes. Viertens wurden die offiziellen Anweisungen später gegeben, als beispielsweise in Deutschland. Italien begann Ende Februar mit landesweiten Vorgaben, England Mitte März (Ministero della Salute 2020a, 2020c, 2020b; Rough 2020; Ministero della Salute 2020d). Fünftens setzten stark betroffene Länder eher auf den stationären, als auf den ambulanten Sektor. In Frankreich erfolgte die Behandlung von Coronapatienten zunächst ausschließlich in Krankenhäusern und wurde erst später in Teilen in den ambulanten Sektor verlagert (Gandre und Or 2020). In Italien rangierte die Zahl der im Krankenhaus behandelten Patienten zwischen 20 % und 50 % (Belvis et al. 2020; Cicchetti et al. 2020). Die Lombardei setzte bewusst auf ihren Krankenhaussektor zur Bewältigung des Ausbruchs und kam damit schnell an dessen Grenzen, während der Veneto auf ein seit 2005 aufgebautes Netzwerk des ambulanten Sektors zurückgreifen konnte (Tedeschi 2015; Ghiotto et al. 2018; Cicchetti et al. 2020). Die Coronapandemie unterstreicht damit die Wichtigkeit eines potenten, gleichmäßig verteilten niedergelassenen Sektors und zeigt zeitgleich die Grenzen eines auf den stationären Sektor ausgerichteten Gesundheitswesens auf (Nacoti et al. 2020).

Der deutsche Krankenhaussektor wäre mit einer hohen Patientenzahl aufgrund des Personalmangels an seine Grenzen gestoßen

Die bis dato erfolgreiche Bewältigung der Pandemie in Deutschland ist vor allem dem frühen Beginn von Tests und dem schnellen Aufbau von Testkapazitäten zu verdanken. Die stationären Kapazitäten mussten daher in viel geringerem Maße, als erwartet, genutzt werden. Im Falle einer frühen und hohen Inanspruchnahme des stationären Sektors, ähnlich wie in Norditalien oder Teilen Frankreichs, wäre auch das deutsche System schnell an seine Grenzen gelangt. Zwar hätte sich die hohe Kapazität an stationären Kapazitäten inklusive der Intensivbetten mit Beatmungsgeräten als Vorteil erweisen können, andererseits ist die personelle Ausstattung des stationären Sektors in Teilen Frankreichs und Norditaliens der deutschen durchschnittlichen Ausstattung deutlich überlegen und befindet sich bereits auf einem Niveau, das hiesige Politikmaßnahmen anstreben. Gerade im Bereich der Intensivpflege ist der Personalmangel in Deutschlands Krankenhäusern besonders groß. Beatmungsgeräte helfen aber nur, wenn ausreichend Personal

vorhanden ist, um diese fachgerecht zu bedienen. Zudem gelten Covid-19 Patienten als besonders personalintensiv. Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin empfiehlt für Intensivabteilungen eine Personalbesetzung von einer Pflegefachkraft zu zwei Patienten, sowie für beatmungspflichtige Patienten ein 1:1-Verhältnis (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin 2010). Die 2019 für Intensivabteilungen eingeführten Pflegepersonaluntergrenzen von einer Pflegefachkraft pro 2,5 Patienten in der Tagesschicht, beziehungsweise zu 3,5 Patienten in der Nachtschicht²⁵, stellten für Krankenhäuser jedoch bereits eine große Herausforderung dar, auf die sie mit Bettensperrungen reagierten (Blum et al. 2019). Italien sieht einen Personalpool von 24 Pflegenden pro Intensivereinheit mit 8 Betten vor (Ministero della Sanità 1988). Dies übersetzt sich in den italienischen Regionen in einen Schlüssel von einer bis zwei Pflegenden pro Patient in allen Schichten (Regione Lazio 2018; Regione Liguria 2018; Regione autonoma della sardegna 2010). In Frankreich variieren die Vorgaben je nach Tages- und Nachtschicht und Schweregrad zwischen 1:2,5 und 1:1^{26,27}. Eine reine Fokussierung auf die Vorhaltung einer hohen Zahl an Intensivbetten verkennt demnach den hiesigen Nachholbedarf in der qualitativen Ausgestaltung des stationären Sektors. Deutschland kann durch seine Bettenausstattung jederzeit alle Patienten beherbergen. Daraus lässt sich jedoch keine Ableitung über die Behandlungsqualität treffen, die aufgrund der im Vergleich zu anderen Industrienationen geringen Personalausstattung pro Bett Optimierungspotential aufweist.

Die Notwendigkeit der Differenzierung der Vergütung nach Versorgungsstufen wurde auch in der Pandemie deutlich

Die am 13. März beschlossene, bundesweite Verschiebung aller elektiven Eingriffe und geplanten Behandlungen in Krankenhäusern und der Rückgang in der Inanspruchnahme, führte zu einem Rückgang der Krankenhausbelegungen insgesamt. Dies übersetzt sich in einem fast ausschließlich auf Fallpauschalen basierenden Vergütungssystem in Erlösausfällen. Um dies zu kompensieren, erfolgte ab dem 16. März 2020 ein Verlustausgleich durch die Zahlung bundesweit einheitlicher Pauschalen in Höhe von 560 € je Tag für jedes leerstehende Krankenhausbett. Dies entspricht einer Vergütung von Vorhaltekosten. Krankenhäuser wurden dafür finanziert, Strukturen bereitzuhalten, unabhängig davon, ob sie von Patienten genutzt wurden, oder nicht. Anfangs wurde die Pauschale allerdings nicht an die Versorgungsstufe oder sonstige regionale

²⁵ Vgl. Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV) vom 28. Oktober 2018 (BGBl. I S. 1492).

²⁶ Vgl. Article D6124-32 du Code de la santé publique, modifié par Décret 2006-74 du 24 janvier 2006 JORF 26 janvier 2006.

²⁷ Vgl. Article D6124-158 du Code de la santé publique, crée par Décret n 2007-1240 du 20 août 2007 – art. 1 JORF 22 août 2007.

Krankenhauscharakteristika angepasst, sondern einheitlich für alle Krankenhäuser und Bettentypen festgesetzt. Hieraus folgte, dass Krankenhäuser mit hohen Vorhaltekosten in urbanen Regionen, die im Normalfall medizinisch anspruchsvolle Patienten behandeln, nicht ausreichend finanziell kompensiert wurden. Für kleine Krankenhäuser mit geringeren Vorhalte- und Infrastrukturkosten und einer medizinisch weniger anspruchsvollen Patientenkielntel hingegen zeigten sich die Pauschalen als finanziell sehr generös. Mittlerweile wurde die Pauschale differenziert ausgestaltet. Die Erfahrung mit der Gewährung undifferenzierter Pauschalen unterstreicht die Wichtigkeit einer zielgerichteten, an der Versorgungsstufe und regionalen Lage eines Krankenhauses ausgerichteten Vergütungsstruktur. Die Erfahrungen mit der Pandemie sollten daher als Auftakt für eine Neuordnung der Vergütung des stationären Sektors dienen. Dies beinhaltet die Planung vorzuhaltender Kapazitäten und die Finanzierung der damit verbundenen Vorhaltekosten und die Aufgabenverteilung zwischen stationärem und ambulantem Sektor mit dem Ziel der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Leistungserbringung für die Bevölkerung. Die Ausgestaltung des Vergütungssystems kann eine derartige Umstrukturierung begleiten. Als Instrumente stehen hierfür eine Kombination aus jährlichen Budgets, Fallpauschalen und die Integration von Qualität in die Vergütung bereit.

Ein Umbau der Finanzarchitektur ist unabhängig von Corona notwendig

Unter den Ländern, deren Krankenhaussystem während des bisherigen Verlaufs der Pandemie starken Belastung ausgesetzt war, befinden sich Spanien, das seinen Krankenhaussektor als eines ganz weniger OECD-Länder überwiegend auf Basis von Budgets finanziert und Frankreich, das über einen ähnlich hohen Fallpauschalenanteil verfügt, wie Deutschland. Auf der Seite der Systeme, denen eine gute Bewältigung zugeschrieben wird, befinden sich Dänemark und Norwegen, mit einem Fallpauschalenanteil von rund 50 %, und Deutschland mit einer fast ausschließlich auf Fallpauschalen basierenden Vergütung. Ebenso wenig tragfähig ist eine Verbindung zwischen finanzieller Ausstattung des stationären Sektors und Reaktion. Die Lombardei verfügt über die mit am besten ausgestatteten Krankenhäuser der OECD. Sie sind dem durchschnittlichen Krankenhaus in Deutschland in ihrer Finanzstärke und der personellen und apparativen Ausstattung in der Regel überlegen. Der französische Krankenhaussektor ist finanziell etwa auf einem Niveau mit Deutschland. Der Anteil der Krankenhausaufgaben am Bruttosozialprodukt in Frankreich liegt leicht über dem Niveau Deutschlands, die Ausgaben pro Kopf etwas darunter. Dänemarks pro-Kopf-Ausgaben liegen unterhalb der deutschen und französischen Ausgaben, jene Norwegens wiederum darüber (OECD 2020b).

Weder aus einer Betrachtung der finanziellen, apparativen und personellen Ausstattung des stationären Sektors, noch aus der Wahl des Vergütungssystems

heraus lassen sich somit *unmittelbare* Lehren aus der Pandemie ableiten. Eine Umstellung auf Budgets alleine garantiert nicht, dass das Finanzvolumen ausreichend ist. Ein Krankenhaus kann mit einem globalen Budget genauso unter- oder überfinanziert sein, wie mit einem Fallpauschalensystem. Die Krankenhausstrukturen, die überlastet waren, sind finanziell, personell und technisch zum Teil vorbildlich ausgestattet. Die Pandemie gibt uns somit keine unmittelbaren Hinweise für die Ausgestaltung eines tragfähigen Krankenhaussystems – sie zeigt uns aber deutlich, dass die Themen Vorhaltung und Qualität Bestandteil eines zukünftigen Vergütungssystems sein sollten. Weiterhin unterstreicht sie die Bedeutung eines umfassenden ambulanten Sektors zur Entlastung des Krankenhaussektors.

Die Rückkehr zur Kernkompetenz von Krankenhäusern kann durch eine Reform des Vergütungssystems unterstützt werden

Die Verlagerung von Fällen aus dem stationären in den ambulanten Sektor kann durch die Wahl des Vergütungssystems gefördert werden. Im derzeitigen System werden Krankenhäuser inzentiviert, möglichst viele Patienten stationär zu behandeln. Dadurch behandeln sie sowohl Patienten, die im ambulanten Sektor gleichwertig versorgt werden könnten, als auch Patienten, für die sie unter Umständen personell und apparativ unzureichend ausgestattet sind. Durch eine Hinwendung zur Strukturfinanzierung und einer Förderung der Ambulantisierung kann diesem Fehlanreiz begegnet werden. Die Pandemie legt zudem die Verzerrung der Krankenhausvergütung offen. Die Behandlung von Coronapatienten mit schweren Verläufen findet bevorzugt in Maximalversorgern und Universitätskrankenhäusern statt. Sie sind es auch, die mit ihrem Anteil an der Forschung neue Erkenntnisse zur effektiven Behandlung der Verläufe erlangen. Paradoxerweise sind gerade diese Krankenhäuser die „Verlierer“ des Fallpauschalensystems. Bedingt durch höhere Infrastrukturkosten ihrer urbanen Lage, beispielsweise höhere Löhne und Mieten, und höhere Vorhaltekosten verzeichnen sie höhere Kosten. Diese werden im bisherigen Fallpauschalensystem unzureichend berücksichtigt. Dadurch fehlen Krankenhäusern finanzielle Ressourcen zur Bereithaltung von Strukturen, die eine erfolgreiche Behandlung von Coronapatienten ermöglichen. Auch die pauschale Vergütung für leere Krankenhausbetten von 560 € erwies sich für kleine Krankenhäuser als sehr generös, für größere Krankenhäuser mit Vorhaltekosten und anspruchsvollen Risikoprofilen hingegen für nicht ausreichend (Blum et al. 2020).

Zur besseren Ausrichtung des Krankenhaussektors sollten somit zwei Maßnahmen ineinandergreifen: Zum einen sollte eine Rückbesinnung von Krankenhäusern auf ihre Kernkompetenz und eine neue Ausbalancierung der Aufgabenverteilung *zwischen den Sektoren* erfolgen, zum anderen sollte die Vergütung in der *stationären Versorgung* an dem Versorgungsauftrag der Krankenhäuser ausgerichtet sein. Eine

Vergütung von Strukturen in Abhängigkeit der Versorgungsfunktion von Krankenhäusern reduziert ihren Anreiz zur Fallausweitung. Stattdessen ermöglicht sie ihnen eine Fokussierung auf Fälle, die Ihrer Versorgungsstufe und den Kompetenzen entsprechen. Eine pauschale Vergütung sektorengleicher Leistungen verstärkt diesen Effekt zusätzlich. Eine Anpassung der Fallpauschalenvergütung an lokale Gegebenheiten, beispielsweise an das regionale Lohnniveau und Vorhaltekosten von Krankenhäusern zur Bewältigung eines diversen Fallspektrums, erhöht darüber hinaus die Fairness innerhalb des Fallpauschalensystems. Dies begünstigt auch insbesondere jene Krankenhäuser, die mit der Behandlung der von Covid-19-Patientinnen und Patienten mit schweren Verläufen betraut waren.

F. Literaturverzeichnis

- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (2019): Tarifs MCO et HAD. Online verfügbar unter <https://www.atih.sante.fr/tarifs-mco-et-had>.
- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (2020): Echantillon ENC MCO. Campagne 2020. Lyon/Paris.
- Allen, Thomas; Fichera, Eleonora; Sutton, Matt (2016): Can Payers Use Prices to Improve Quality? Evidence from English Hospitals. In: *Health Econ.* 25 (1), S. 56–70. DOI: 10.1002/hec.3121.
- AOK-Bundesverband; BKK Bundesverband; IKK-Bundesverband; See-Krankenkasse; Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen; Bundesknappschaft et al. (2004): Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005. (Fallpauschalenvereinbarung 2005 - FPV 2005). Berlin, Bonn, Essen, Bergisch Gladbach, Hamburg, Kassel, Bochum, Siegburg, Köln.
- Audit Commission (2012): Best practice tariffs and their impact. London.
- Ausschuss für Gesundheit (2018): Wortprotokoll der 23. Sitzung vom 10. Oktober 2018. 19. Wahlperiode. Protokoll-Nr. 19/23. Berlin.
- Australian Institute of Health and Welfare (2019): Health expenditure Australia 2017–18. Health and welfare expenditure series no. 65. Cat. no. HWE 77. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.
- Belvis, Antonio Giulio de; Fattore, Giovanni; Morsella, Alisha; Pastorino, Gabriele; Poscia, Andrea; Riccardi, Walter; Silenzi, Andrea (2020): Covid-19 Health System Response Monitor. Policy responses for Italy. Online verfügbar unter <https://www.covid19healthsystem.org/countries/italy/livinghit.aspx?Section=1.5%20Testing&Type=Section>.
- Blum, Karl; Heber, Robin; Löffert, Sabine; Offermanns, Matthias; Steffen, Petra (2020): Auswirkungen der Covid-19-Pandemie und des Krankenhausentlastungsgesetzes auf die Krankenhäuser. Krankenhausbefragung des Deutschen Krankenhausinstituts für die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut.
- Blum, Karl; Löffert, Sabine; Offermanns, Matthias; Steffen, Petra (2019): Krankenhausbarometer. Umfrage 2019. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut.
- Bonastre, Julias; Journeau, Florence; Clément Nestrigue, Clément; Or, Zeynep (2013): Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A. In: *Questions d'économie de la Santé* (186).
- Borden, James P. (1988): An assessment of the impact of diagnosis-related group (DRG)-based reimbursement on the technical efficiency of New Jersey hospitals using data envelopment analysis. In: *Journal of Accounting and Public Policy* 7 (2), S. 77–96. DOI: 10.1016/0278-4254(88)90012-9.
- Burwell, Sylvia M. (2015): Setting Value-Based Payment Goals — HHS Efforts to Improve U.S. Health Care. In: *New England Journal of Medicine* 372 (10), S. 897–899. DOI: 10.1056/NEJMp1500445.
- Calikoglu, Sule; Murray, Robert; Feeney, Dianne (2012): Hospital Pay-For-Performance Programs In Maryland Produced Strong Results, Including Reduced Hospital-Acquired Conditions. In: *Health Affairs* 31 (12), S. 2649–2658. DOI:

10.1377/hlthaff.2012.0357.

Casale, Alfred S.; Paulus, Ronald A.; Selna, Mark J.; Doll, Michael C.; Bothe, Albert E., JR; McKinley, Karen E. et al. (2007): "ProvenCareSM": A Provider-Driven Pay-for-Performance Program for Acute Episodic Cardiac Surgical Care. In: *Annals of Surgery* 246 (4). Online verfügbar unter

https://journals.lww.com/annalsofsurgery/Fulltext/2007/10000/_ProvenCareSM__A_Provider_Driven.13.aspx.

Centers for Medicare & Medicaid Services (2018): Medicare Program; Extension of the Payment Adjustment for Low-Volume Hospitals and the Medicare-Dependent Hospital (MDH) Program Under the Hospital Inpatient Prospective Payment Systems (IPPS) for Actual Care Hospitals for Fiscal Year 2018. 83 FR 18301. Fundstelle: 0938-ZB47.

Centers for Medicare & Medicaid Services (2019a): BPCI Advanced Model Year 3. Model Overview Fact Sheet - Model Year 3 (MY3). Baltimore.

Centers for Medicare & Medicaid Services (2019b): BPCI Advanced Model Year 3. Pricing Methodology. Frequently Asked Questions (FAQ). Baltimore.

Centers for Medicare & Medicaid Services (2020a): BCPI Advanced. Online verfügbar unter <https://innovation.cms.gov/initiatives/bpci-advanced>, zuletzt geprüft am 19.01.2020.

Centers for Medicare & Medicaid Services (2020b): BPCI Model 2: Retrospective Acute & Post Acute Care Episode. Online verfügbar unter <https://innovation.cms.gov/initiatives/BPCI-Model-2/>, zuletzt geprüft am 20.01.2020.

Centers for Medicare & Medicaid Services (2020c): Pennsylvania Rural Health Model. Online verfügbar unter <https://innovation.cms.gov/initiatives/pa-rural-health-model/>, zuletzt geprüft am 20.01.2020.

Chern, Jin-Yuan; Wan, Thomas T. H. (2000): The Impact of the Prospective Payment System on the Technical Efficiency of Hospitals. In: *Journal of Medical Systems* 24 (3), S. 159–172. DOI: 10.1023/A:1005542324990.

Childers, Christopher P.; Maggard-Gibbons, Melinda (2018): Understanding Costs of Care in the Operating Room. In: *JAMA Surg* 153 (4), e176233-e176233. DOI: 10.1001/jamasurg.2017.6233.

Cicchetti, Americo; Damiani, Gianfranco; Specchia, Maria Lucia; Basile, Michele; Di Bidino, Rossella; Di Brino, Eugenio et al. (2020): Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19. Focus su Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Piemonte e Lazio. Instant REPORT#2: 8 Aprile 2020. Roma: Alta Scuola di Economica e Management dei Sistemi Sanitari.

Cooper, Zack; Craig, Stuart V.; Gaynor, Martin; van Reenen, John (2018): The Price Ain't Right? Hospital Prices and Health Spending on the Privately Insured*. In: *The Quarterly Journal of Economics* 134 (1), S. 51–107. DOI: 10.1093/qje/qjy020.

Coulam, Robert F.; Gaumer, Gary L. (1992): Medicare's prospective payment system: A critical appraisal. In: *Health Care Financ Rev* 1991 (Suppl), S. 45–77.

Cour des comptes (2011): La sécurité sociale 2011;. Chapitre VI. Tarification à l'activité et convergence tarifaire. Paris: Cour des comptes.

Cour des comptes (2017): La sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Chapitre VI. Les activités chirurgicales: restructurer l'offre de soins pour mieux assurer la qualité des prises en charge. Paris: Cour des comptes.

Cour des comptes (2018): La sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de

financement de la sécurité sociale. Chapitre V: Le virage ambulatoire du système de santé: de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital. Paris: Cour des comptes.

Cromwell, J.; Dayhoff, D. A.; Thoumaian, A. H. (1997): Cost savings and physician responses to global bundled payments for Medicare heart bypass surgery. In: *Health Care Financ Rev* 19 (1), S. 41–57. Online verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10180001>.

Dafny, Leemore S. (2005): How Do Hospitals Respond to Price Changes? In: *American Economic Review* 95 (5), S. 1525–1547. DOI: 10.1257/000282805775014236. Danske Regioner; Kommunernes Landsforening; Økonomi- og Indenrigsministeriet; Finansministeriet; Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013): Bedre incitamentter i sundhedsvæsenet. København.

Delanois, Ronald E.; Gwam, Chukwuweike U.; Cherian, Jeffrey J.; Etcheson, Jennifer I.; George, Nicole E.; Schneider, Kathleen A.; Mont, Michael A. (2018): Global Budget Revenue on a Single Institution's Costs and Outcomes in Patients Undergoing Total Hip Arthroplasty. In: *The Journal of Arthroplasty* 33 (7), S. 2043–2046. DOI: 10.1016/j.arth.2018.02.025.

Department of Health and Human Services; Centers for Medicare & Medicaid Services (2018): 42 CFR Parts 412, 413, 424, and 495 [CMS-1694-F]. In: *Federal Register* 83 (160), S. 41144–41783.

Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement (2009): St. meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo.

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (2010): Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivtherapiestationen. Berlin: Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2019): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionskostenfinanzierung in den Bundesländern. Berlin: Deutsche Krankenhausgesellschaft.

Deutscher Bundestag (1975): Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG). Drucksache 7/4530. Bonn.

Deutscher Bundestag (1992): Gesetzesentwurf der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P. Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz). Drucksache 12/3608. Bonn.

Deutscher Bundestag (1997): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Rudolf Dreßler, Klaus Kirschner, Petra Ernstberger, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD. Kostenkalkulation bei kardiologischen Sonderentgelten und Fallpauschalen. Drucksache 13/8145. Bonn.

Deutscher Bundestag (1999): Gesetzesentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000). Drucksache 14/1245. Bonn.

Deutscher Bundestag (2001): Gesetzesentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz-FPG). Drucksache 14/6893. Berlin.

Deutscher Bundestag (2010): Gesetzesentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und

FDP. Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG). Drucksache 17/3040, 28.09.2010.

Deutscher Bundestag (2015a): Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG), vom 10.12.2015. Fundstelle: Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 51, 2229-2253, zuletzt geprüft am 03.01.2020.

Deutscher Bundestag (2015b): Gesetzesentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG). Drucksache 18/5867, 26.08.2015.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2018): OPS Version 2019. Kapitel 8. Nicht operative therapeutische Massnahmen. 8-01...8-99. Online verfügbar unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2019/block-8-97...8-98.htm>, zuletzt aktualisiert am 19.10.2018, zuletzt geprüft am 23.01.2020.

Deutsches Zentrum für Infektionsforschung/Charité (2020): Erster Test für das neuartige Coronavirus in China ist entwickelt. Gemeinsame Pressemitteilung der Charité und des DZIF. Online verfügbar unter <https://www.dzif.de/de/erster-test-fuer-das-neuartige-coronavirus-china-ist-entwickelt>.

Dismuke, Clara Elizabeth; Sena, Vania (1999): Has DRG payment influenced the technical efficiency and productivity of diagnostic technologies in Portuguese public hospitals? An empirical analysis using parametric and non-parametric methods. In: *Health Care Management Science* 2 (2), S. 107–116. DOI: 10.1023/A:1019027509833.

Done, Nicolae; Herring, Bradley; Xu, Tim (2019): The effects of global budget payments on hospital utilization in rural Maryland. In: *Health Serv Res* 54 (3), S. 526–536. DOI: 10.1111/1475-6773.13162.

Duckett, Stephen J. (1995): Hospital payment arrangements to encourage efficiency: the case of Victoria, Australia. In: *Health Policy* 34 (2), S. 113–134. DOI: 10.1016/0168-8510(95)94014-Y.

Dummit, Laura A.; Kahvecioglu, Daver; Marrufo, Grecia; Rajkumar, Rahul; Marshall, Jaclyn; Tan, Eleonora et al. (2016): Association Between Hospital Participation in a Medicare Bundled Payment Initiative and Payments and Quality Outcomes for Lower Extremity Joint Replacement Episodes. In: *JAMA* 316 (12), S. 1267–1278. DOI: 10.1001/jama.2016.12717.

Ellis, Randall P.; McGuire, Thomas G. (1996): Hospital response to prospective payment: Moral hazard, selection, and practice-style effects. In: *Journal of Health Economics* 15 (3), S. 257–277. DOI: 10.1016/0167-6296(96)00002-1.

Farrar, Shelley; Yi, Deokhee; Sutton, Matt; Chalkley, Martin; Sussex, Jon; Scott, Anthony (2009): Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? Difference-in-differences analysis. In: *BMJ* 339, b3047. DOI: 10.1136/bmj.b3047.

Feder, Judith; Hadley, Jack; Zuckerman, Stephen (1987): How Did Medicare's Prospective Payment System Affect Hospitals? In: *New England Journal of Medicine* 317 (14), S. 867–873. DOI: 10.1056/NEJM198710013171405.

Fleisher, Lee A.; Pasternak, L. Reuven; Herbert, Robert; Anderson, Gerard F. (2004): Inpatient Hospital Admission and Death After Outpatient Surgery in Elderly Patients: Importance of Patient and System Characteristics and Location of Care.

In: *SURG* 139 (1), S. 67–72. DOI: 10.1001/archsurg.139.1.67.

Friedlander, David F.; Krimphove, Marieke J.; Cole, Alexander P.; Marchese, Maya; Lipsitz, Stuart R.; Weissman, Joel S. et al. (2019): Where Is the Value in Ambulatory Versus Inpatient Surgery? In: *Annals of Surgery* Publish Ahead of Print. DOI: 10.1097/SLA.0000000000003578.

Gandre, Coralie; Or, Zeynep (2020): Covid-19 Health System Response Monitor. Policy responses from France. Managing cases. Online verfügbar unter <https://www.covid19healthsystem.org/countries/france/livinghit.aspx?Section=3.2%20Managing%20cases&Type=Section>.

Gaughan, James; Gutacker, Nils; Grašič, Katja; Kreif, Noemi; Siciliani, Luigi; Street, Andrew (2019): Paying for efficiency: Incentivising same-day discharges in the English NHS. In: *Journal of Health Economics* 68, S. 102226. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2019.102226.

Geissler, Alexander; Quentin, Wilm; Scheller-Kreinsen, David; Busse, Reinhard (2011): Chapter two. Introduction to DRGs in Europe: Common objectives across different hospital settings. In: Reinhard Busse, Alexander Geissler, Wilm Quentin und Miriam Wiley (Hg.): *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Maidenhead/New York: Open University Press.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2017): Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Sicherstellungszuschläge-Regelungen, vom 24.11.2016. Fundstelle: BAnz AT 21.12.2016 B3.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2018): Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Vom 19.04.2018, in Kraft getreten am 19.05.2018. Fundstelle: BAnz AT 18.05.2018 B4.

Gerdtham, U.-G.; Löthgren, M.; Tambour, M.; Rehnberg, C. (1999a): Internal markets and health care efficiency: a multiple-output stochastic frontier analysis. In: *Health Economics* 8 (2), S. 151–164. DOI: 10.1002/(SICI)1099-1050(199903)8:2<151::AID-HEC411>3.0.CO;2-Q.

Gerdtham, U.-G.; Rehnberg, C.; Tambour, M. (1999b): The impact of internal markets on health care efficiency: evidence from health care reforms in Sweden. In: *Applied Economics* 31 (8), S. 935–945. DOI: 10.1080/000368499323652.

Gesundheitsfonds Steiermark (2018): Jahresbericht 2018. Graz.

Ghiotto, Maria Cristina; Rizzolo, Ylenia; Gandolfo, Elisabetta; Zuliani, Emanuela; Mantoan, Domenico (2018): Strengthening primary care: The Veneto Region's model of the Integrated Medical Group. In: *Health Policy* 122 (11), S. 1149–1154. DOI: 10.1016/j.healthpol.2018.08.008.

GKV-Spitzenverband (2019a): Liste der Krankenhäuser gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG für das Jahr 2020. Berlin, zuletzt geprüft am 12.01.2020.

GKV-Spitzenverband (2020): Zu- und Abschläge 2019/20. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/krankenhaeuser_abrechnung/zu_abschlaege/zu_abschlaege.jsp, zuletzt geprüft am 15.01.2020.

GKV-Spitzenverband; Verband der Privaten Krankenversicherung; Deutsche Krankenhausgesellschaft (2018): Vereinbarung über Zu- und Abschläge für eine

Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG. Notfallstufenvergütungsvereinbarung. Berlin/Köln.

GKV-Spitzenverband; Verband der Privaten Krankenversicherung; Deutsche Krankenhausgesellschaft (2019b): Vereinbarung gemäß § 17b Absatz 3 Satz 6 KHG zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation: Berlin/Köln.

Gonçalves, Ricardo; Barros, Pedro Pita (2013): Economies of scale and scope in the provision of diagnostic techniques and therapeutic services in Portuguese hospitals. In: *Applied Economics* 45 (4), S. 415–433. DOI: 10.1080/00036846.2011.605758.

Gonzalez, Lucie; Héam, Jean-Cyprien; Mikou, Myriam; Ferretti, Carine (2019): Les dépenses de santé en 2018 - édition 2019. Paris: Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques.

Government of Western Australia Department of Health (2016): WA Health Funding and Purchasing Guidelines 2016-17. Perth.

Haut Conseil de la Santé Publique (2020): Avis provisoire: Patients à risque de formes sévères de COVID-19 et priorisation du recours aux tests de diagnostic virologique du 14 mars 2020. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique.

Haute Autorité de Santé; Ministère des solidarités et de la santé; Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (2019): Incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ). Kit pédagogique IFAQ 2019. Paris: Direction générale de l'offre des soins.

Helsedirektoratet (2016): Innsatsstyrt finansiering og dagkirurgi. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2017): Innsatsstyrt finansiering 2018. Regelverk. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2019): Innsatsstyrt finansiering 2020. Regelverk. Oslo: Helsedirektoratet.

Hirtzlin, Isabelle (2013): Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger: État des lieux et perspectives. Rapport de recherche. hal-01402255. Paris: Haute autorité de santé.

Højgaard, Betina; Wolf, Rasmus Trap; Bech, Mickael (2016): Alternative styrings- og afregningsmodeller for sygehuse med afsæt i værdibaseret styring. En kortlægning af regionale forsøg og ordninger. København: KORA.

Independent Hospital Pricing Authority (2019a): AR-DRG Version 10.0 Descriptions. Online verfügbar unter <https://www.ihpa.gov.au/admitted-acute-care/australian-refined-diagnosis-related-groups-ar-drg-version-100>, zuletzt geprüft am 13.01.2020.

Independent Hospital Pricing Authority (2019b): Technical Specifications 2019-20. National Pricing Model. Sydney: Independent Hospital Pricing Authority.

InEK (2017): Ziehung zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation. Erfolg der Kalkulationsteilnahme Datenjahr 2017. Siegburg: InEK.

InEK (2018): Abschlussbericht zum G-DRG-System 2018. Siegburg: InEK.

InEK (2019): Abschlussbericht zum G-DRG-System 2019. Siegburg: InEK.

Kahn, Katherine L.; Keeler, Emmett B.; Sherwood, Marjorie J.; Rogers, William H.; Draper, David; Bentow, Stanley S. et al. (1990): Comparing Outcomes of Care Before and After Implementation of the DRG-Based Prospective Payment System. In: *JAMA* 264 (15), S. 1984–1988. DOI: 10.1001/jama.1990.03450150084036.

Kalseth, Jord; Magnussen, Jon; Anthun, Kartan; Petersen, Stein (2010): Finansiering av spesialhelsetjenesten i ulike land. Im Auftrag des Helse- og

omsorgsdepartmentet. Oslo: SINTEF.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020): Coronavirus: Informationen für Ärzte, Psychotherapeuten und Praxisteams. Online verfügbar unter <https://www.kbv.de/html/coronavirus.php>.

Kjerstad, Egil (2003): Prospective Funding of General Hospitals in Norway—Incentives for Higher Production? In: *International Journal of Health Care Finance and Economics* 3 (4), S. 231–251. DOI: 10.1023/A:1026084304382.

Koechlin, Francette; Lorenzoni, Luca; Schreyer, Paul (2010): Comparing Price Levels of Hospital Services Across Countries. OECD Health Working Papers No. 53. Paris: OECD Publishing.

Kumar, Ankit; Schoenstein, Michael (2013): Managing Hospital Volumes: Germany and Experiences from OECD Countries. DOI: 10.1787/5k3xwtg2szzr-en.

Kutz, Alexander; Gut, Lara; Ebrahimi, Fahim; Wagner, Ulrich; Schuetz, Philipp; Mueller, Beat (2019): Association of the Swiss Diagnosis-Related Group Reimbursement System With Length of Stay, Mortality, and Readmission Rates in Hospitalized Adult Patients Association of the Swiss Reimbursement System With Length of Stay, Mortality, and Readmission Rates Association of the Swiss Reimbursement System With Length of Stay, Mortality, and Readmission Rates. In: *Jama networkopen* 2 (2), e188332-e188332. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2018.8332.

Land Tirol (2020): Abteilung Gesundheitsrecht und Krankenanstalten. Richtlinien des Tiroler Gesundheitsfonds (TGF) für das Jahr 2020. Innsbruck. Online verfügbar unter <https://www.tirol.gv.at/gesundheitsvorsorge/krankenanstalten/downloads/>, zuletzt geprüft am 28.01.2020.

Larsen, Kristian Nørgaard; Kristensen, Søren Rud; Søgaaard, Rikke (2018): Autonomy to health care professionals as a vehicle for value-based health care? Results of a quasi-experiment in hospital governance. In: *Social Science & Medicine* 196, S. 37–46. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.11.009.

Lieng, Marit; Busund, Bjørn; Ræder, Johan C.; Iversen, Tor (2013): Innsatsstyrt finansiering og dagkirurgi. In: *Tidsskr Nor Lægeforen* 9 (133), S. 974–976.

Lorenzoni, Luca; Koechlin, Francette (2017): International Comparisons of Health Prices and Volumes: New Findings. Paris: OECD Publishing.

Magnussen, Jon (2019): Innstatsstyrt finansiering. Store medisinske leksikon. Online verfügbar unter https://sml.snl.no/innsatsstyrt_finansiering, zuletzt aktualisiert am 16.09.2019, zuletzt geprüft am 31.01.2020.

Magnussen, Jon; Solstad, Kjell (1994): Case-based hospital financing: the case of Norway. In: *Health Policy* 28 (1), S. 23–36. DOI: 10.1016/0168-8510(94)90018-3.

Maryland Department of Health (2018): The Maryland All-Payer Model Progression Plan. Update on the December 2016 Proposal to the Centers for Medicare & Medicaid Services. Baltimore.

Mechanic, Robert E.; Altman, Stuart H. (2009): Payment Reform Options: Episode Payment Is A Good Place To Start. In: *Health Affairs* 28 (Supplement 2), w262-w271. DOI: 10.1377/hlthaff.28.2.w262.

MedPac (2019): Hospital Acute Inpatient Services Payment System. Payment Basics. Washington: MedPac.

Metcalf, D.; Zogg, C. K.; Judge, A.; Perry, D. C.; Gabbe, B.; Willett, K.; Costa, M. L. (2019): Pay for performance and hip fracture outcomes: an interrupted time series and difference-in-differences analysis in England and Scotland. In: *Bone Joint J* 101-B (8), S. 1015–1023. DOI: 10.1302/0301-620X.101B8.BJJ-2019-0173.R1.

Mezei, Gabor; Chung, Frances (1999): Return Hospital Visits and Hospital Readmissions After Ambulatory Surgery. In: *Annals of Surgery* 230 (5), S. 721.

Milstein, Ricarda; Schreyoegg, Jonas (2016): Pay for performance in the inpatient sector: A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries. In: *Health Policy* 120 (10), S. 1125–1140. DOI: 10.1016/j.healthpol.2016.08.009.

Ministère des affaires sociales et de la santé; Assurance Maladie (2019a): Cahier des charges. Expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales (EDS). Orthopédie - Prothèse Totale de Hanche programmée. Paris.

Ministère des affaires sociales et de la santé; Assurance Maladie (2019b): Cahier des charges. Expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales (EDS). Orthopédie - Prothèse Totale de Genou. Paris.

Ministère des affaires sociales et de la santé; Assurance Maladie (2019c): Cahier des charges. Expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales (EDS). Chirurgie viscérale et digestive: Colectomie pour cancer.

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes (2015): Instruction No DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020. BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2015/11 du 15 décembre 2015.

Ministère des solidarités et de la santé (2018): Rapport Task Force "Réforme du Financement du système de santé". Réformes des modes de financement et de régulation. Vers un modèle de paiement combiné. Paris: Ministère des solidarités et de la santé.

Ministère des solidarités et de la santé (2019): Ma santé 2022. Un engagement collectif. Dossier de presse. Paris: Ministère des solidarités et de la santé.

Ministero della Salute (2020a): Circolare n. 0005443 del 22 febbraio 2020. Oggetto: Polmonite da nuovo coronavirus COVID-19 - ulteriori informazioni e precauzioni ed indicazioni operative su utilizzo DPI. Rom: Ministero della Salute.

Ministero della Salute (2020b): Circolare n. 0006360 del 27 febbraio 2020. Oggetto: COVID-19. Aggiornamento. Rom: Ministero della Salute.

Ministero della Salute (2020c): Circolare n. 005889 del 25 febbraio 2020. Oggetto: Richiamo in ordine a indicazioni fornite con la circolare del 22 febbraio 2020. Rom: Ministero della Salute.

Ministero della Salute (2020d): Circolare n. 0007922 del 09 Marzo 2020. Oggetto: COVID-19. Aggiornamento della definizione di caso. Rom.

Ministero della Salute (2020e): Documento relativo ai criteri per sottoporre soggetti clinicamente asintomatici alla ricerca d'infezione da SARS-CoV-2 attraverso tampone rino-aringo e test diagnostico. A cura del Gruppo di lavoro permanente costituito nell'ambito del Consiglio Superiore di Sanità. Roma: Ministero della Salute.

Ministero della Sanità (1988): Decreto Ministeriale del 13 settembre 1988. "Determinazione degli standard del personale ospedaliero". Gazzetta Ufficiale 24 settembre, n. 225.

Murray, Robert (2009): Setting Hospital Rates To Control Costs And Boost Quality: The Maryland Experience. In: *Health Affairs* 28 (5), S. 1395–1405. DOI: 10.1377/hlthaff.28.5.1395.

Nacoti, Mirco; Ciocca, Andrea; Giupponi, Angelo; Brambillasca, Pietro; Lussana, Federico; Pisano, Michele et al. (2020): At the epicenter of the Covid-19 pandemic

and humanitarian crises in Italy: Changing perspectives on preparation and mitigation. Hg. v. NEJM Catalyst. Online verfügbar unter <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080#>.

National Audit Office (2018): Sustainability and transformation in the NHS. Report by the Comptroller and Auditor General. London.

Navathe, Amol S.; Troxel, Andrea B.; Liao, Joshua M.; Nan, Nan; Zhu, Jingsan; Zhong, Wenjun; Emanuel, Ezekiel J. (2017): Cost of Joint Replacement Using Bundled Payment Models. In: *JAMA Intern Med* 177 (2), S. 214–222. DOI: 10.1001/jamainternmed.2016.8263.

NHS England (2019): The NHS Long Term Plan. Leeds: NHS England.

NHS England (2020): NHS to ramp up coronavirus testing labs. Online verfügbar unter <https://www.england.nhs.uk/2020/03/nhs-to-ramp-up-coronavirus-testing-labs/>.

NHS England and NHS Improvement (2020): Guidance and standard operating procedure. Covid-19 virus testing in NHS laboratories: NHS England and NHS Improvement.

NHS Improvement (2018): Reference costs 2017/18: highlights, analysis and introduction to the data. London: NHS Improvement.

NHS Improvement; NHS England (2019a): 2019/20 National Tariff Payment System - A consultation notice: Annex DtD. Guidance on best practice tariffs. A joint publication by NHS England and NHS Improvement. London: NHS Improvement; NHS England.

NHS Improvement; NHS England (2019b): A guide to the market forces factor. A joint publication by NHS England and NHS Improvement. January 2019. London: NHS Improvement; NHS England.

NHS Improvement; NHS England (2019c): National Tariff Payment System 2019/20: a consultation notice. Annex DtA: The national tariff workbook. London: NHS Improvement; NHS England.

NHS Partners Network; NHS Confederation (2016): Freedom of Information Requests on Block Contracts for Planned Elective Care in CCGs. London/Leeds/Belfast/Cardiff/Brussels: NHS Confederation.

Oakley, B.; Nightingale, J.; Moran, C. G.; Moppett, I. K. (2017): Does achieving the best practice tariff improve outcomes in hip fracture patients? An observational cohort study. In: *BMJ Open* 7 (2), e014190. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-014190.

OECD (2019): Health at a glance 2019. Paris: OECD Publishing.

OECD (2020a): Health care use. OECD Health Statistics (database). <https://doi.org/10.1787/1a1ac034-en>, zuletzt geprüft am 31.01.2020.

OECD (2020b): Health expenditure and financing: Health expenditure indicators. OECD Statistics (database). Online verfügbar unter <https://www.oecd-ilibrary.org/content/data/data-00349-en>.

Olivier Veran (2017): L'évolution des modes de financement des établissements de santé. Une nouvelle échelle de valeur. Paris.

Or, Zeynep (2014): Implementation of DRG Payment in France: Issues and recent developments. In: *Health Policy* 117 (2), S. 146–150. DOI: 10.1016/j.healthpol.2014.05.006.

Or, Zeynep; Bellanger, Martine (2011): Chapter thirteen. France: Implementing homogeneous patient groups in a mixed market. In: Reinhard Busse, Alexander Geissler, Wilm Quentin und Miriam Wiley (Hg.): *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals.*

Maidenhead/New York: Open University Press, S. 221–241.

Or, Zeynep; Gandré, Coralie (2019): Case Studies. France. In: Sarah L. Barber, Luca Lorenzoni und Paul Ong (Hg.): Price setting and price regulation in health care: lessons for advancing Universal Health Coverage. Geneva: World Health Organisation and the Organisation for Economic Co-Operation and Development.

Palmer, Billy; Appleby, John; Spencer, Jonathan (2019): Rural health care. A rapid review of the impact of rurality on the costs of delivering health care. London: Nuffield trust.

Pines, Jesse M.; Vats, Sonal; Zocchi, Mark S.; Black, Bernard (2019): Maryland's Experiment With Capitated Payments For Rural Hospitals: Large Reductions In Hospital-Based Care. In: *Health Affairs* 38 (4), S. 594–603. DOI: 10.1377/hlthaff.2018.05366.

Regeringen; Danske Regioner (2015): Aftale om regionernes økonomi for 2016. København: Regeringen.

Regeringen; Danske Regioner (2018): Aftale om regionernes økonomi for 2019. København: Regeringen.

Region Hovedstaden (2018): En region for fremtiden. Budgetaftale 2019. Hillerød: Region Hovedstaden.

Region Sjælland (2016): Budgetaftale 2017. Sorø: Region Sjælland.

Regione autonoma della sardegna (2010): Allegato 1. Dotazione minima di personale del comparto per le attività di degenza.

Regione del Veneto (2020): Allegato A. DGR. n. 344 del 17 marzo 2020. Piano "Epidemia Covid 19 Interventi Urgenti di Sanità Pubblica". Regione Veneto - Azienda Ospedale Università Padova. Venezia.

Regione Lazio (2018): Allegato C del DCA 8/2011 es. m. ei. Roma: Regione Lazio.

Regione Liguria (2018): Allegato 2. Manuale requisiti per autorizzazione. Bollettino ufficiale della regione liguria. Anno 49 N. 49 Supplemento. Parte II. Genua: Regione Liguria.

Regione Lombardia (2020): Ordinanza N. 514 del 21 marzo 2020. Oggetto: Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologia da covid-19. Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, N. 833 in materia di igiene e sanità pubblica: limitazione degli spostamenti su tutto il territorio regionale. Milano: Regione Lombardia.

Robert Koch-Institut (2020): Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 15.04.2020. Berlin: Robert Koch Institut.

Roberts, Eric T.; Hatfield, Laura A.; McWilliams, J. Michael; Chernew, Michael E.; Done, Nicolae; Gerovich, Sule et al. (2018a): Changes In Hospital Utilization Three Years Into Maryland's Global Budget Program For Rural Hospitals. In: *Health Affairs* 37 (4), S. 644–653. DOI: 10.1377/hlthaff.2018.0112.

Roberts, Eric T.; McWilliams, J. Michael; Hatfield, Laura A.; Gerovich, Sule; Chernew, Michael E.; Gilstrap, Lauren G.; Mehrotra, Ateev (2018b): Changes in Health Care Use Associated With the Introduction of Hospital Global Budgets in Maryland. In: *JAMA Intern Med* 178 (2), S. 260–268. DOI: 10.1001/jamainternmed.2017.7455.

Roberts, Rebecca R.; Frutos, Paul W.; Ciavarella, Ginevra G.; Gussow, Leon M.; Mensah, Edward K.; Kampe, Linda M. et al. (1999): Distribution of Variable vs Fixed Costs of Hospital Care. In: *JAMA* 281 (7), S. 644–649. DOI: 10.1001/jama.281.7.644.

Roeder, Norbert; Bunzemeier, Holger; Fiori, Wolfgang (2008): Ein lernendes Vergütungssystem. Vom Budgetierungsinstrument zum deutschen Preissystem. In: Jürgen Klauber, Bernt-Peter Robra und Henner Schellschmidt (Hg.): Krankenhaus-

Report 2007. Krankenhausvergütung - Ende der Konvergenzphase? Stuttgart: Schattauer.

Rough, Elizabeth (2020): Coronavirus: Testing for Covid-19. Briefing paper Number CBP 8897. London: House of Commons Library.

Russell, Louise B.; Manning, Carrie Lynn (1989): The Effect of Prospective Payment on Medicare Expenditures. In: *New England Journal of Medicine* 320 (7), S. 439–444. DOI: 10.1056/NEJM198902163200706.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1990): Jahresgutachten 1990. Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1998): Sondergutachten 1997. Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Band II: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Gutachten 2000/2001 - Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2008): Gutachten 2007 - Kooperation und Verantwortung. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bern: Hogrefe Verlag (ehemals Verlag Hans Huber), zuletzt geprüft am 12.01.2020.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Sager, Mark A.; Easterling, Douglas V.; Kindig, David A.; Anderson, Odin W. (1989): Changes in the Location of Death after Passage of Medicare's Prospective Payment System. In: *New England Journal of Medicine* 320 (7), S. 433–439. DOI: 10.1056/NEJM198902163200705.

Santé publique France (2020): Covid-19-France. Tests PRC en laboratoires de ville. Online verfügbar unter <https://dashboard.covid19.data.gouv.fr/suivi-des-tests?location=FRA>.

Schreyögg, Jonas (2017): Vorschläge für eine anreizbasierte Reform der Krankenhausvergütung. In: Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich und Jürgen Wasem (Hg.): Krankenhaus-Report 2017. Zukunft gestalten. Stuttgart: Schattauer, S. 13–24.

Schreyögg, Jonas (2019): Changes in Hospital Financing and Organization and Their Impact on Hospital Performance: Oxford University Press pages. Online verfügbar unter <https://oxfordre.com/economics/view/10.1093/acrefore/9780190625979.001.0001/acrefore-9780190625979-e-380>.

Schreyögg, Jonas; Stargardt, Tom; Tiemann, Oliver; Busse, Reinhard (2006a): Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): A comparison of nine European countries. In: *Health Care Management Science* 9 (3), S. 215–223. DOI: 10.1007/s10729-006-9040-1.

Schreyögg, Jonas; Tiemann, Oliver; Busse, Reinhard (2006b): Cost accounting to determine prices: How well do prices reflect costs in the German DRG-system? In: *Health Care Management Science* 9 (3), S. 269–279. DOI: 10.1007/s10729-006-9094-0.

Sharfstein, Joshua M.; Becker, Scott J.; Mello, Michelle M. (2020): Diagnostic Testing for the Novel Coronavirus. In: *JAMA* 323 (15), S. 1437–1438. DOI: 10.1001/jama.2020.3864.

Shleifer, Andrei (1985): A Theory of Yardstick Competition. In: *The RAND Journal of Economics* 16 (3), S. 319–327. DOI: 10.2307/2555560.

Silverman, Elaine; Skinner, Jonathan (2004): Medicare upcoding and hospital ownership. In: *Journal of Health Economics* 23 (2), S. 369–389. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2003.09.007.

State of Queensland (2019): Queensland Health Funding Policy and Principles 2019-20 version 3.0. Brisbane: State of Queensland.

State of Victoria Department of Health and Human Services (2019): Policy and funding guidelines 2019-20: Policy guide; and Appendices – Funding rules. Melbourne: State of Victoria Department of Health and Human Services.

Statistisches Bundesamt (2018a): Gesundheit. Kostennachweis der Krankenhäuser 2017. Fachserie 12 Reihe 6.3. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2018b): Grunddaten der Krankenhäuser - Fachserie 12 Reihe 6.1.1 - 2017. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Destatis).

Statsrevisionere (2010): Beretning om DRG-systemet. Finansudvalget 2011-12. FIU alm. del Bilag 18. København: Folketinget.

Stone, Philip; Stone, Robert; Mcmillan, Viktoria; Mortier, Kaja; Hurst, John; Roberts, C. Michael; Quint, Jennifer (2019): Does the COPD Best Practice Tariff improve patient outcomes? In: *European Respiratory Journal* 54 (suppl 63), PA3326. DOI: 10.1183/13993003.congress-2019.PA3326.

Stortinget (2017): Representantforslag 49S (2017-2018) fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Liv Signe Navarsete, Sigbjørn Gjelsvik og Sigrid Simensen Ilsøy. Dokument 8:49 S (2017-2018). Oslo.

Sundheds- og Ælderministeriet (2018a): Sundheds- og Ældreudvalget 2017-18. SUU Alm.del Bilag 318. København.

Sundheds- og Ælderministeriet; Kommuneres Landsforening; Danske Regioner (2018b): Nationale mål for sundhedsvæsenet. Online verfügbar unter https://www.regioner.dk/media/9769/nationalemaal_2018.pdf.

Sundhedsdatastyrelsen (2019): Takstsystem 2019. Vejledning. København: Sundhedsdatastyrelsen.

Tai, Wan-Tzu Connie; Porell, Frank W.; Adams, E. Kathleen (2004): Hospital choice of rural Medicare beneficiaries: patient, hospital attributes, and the patient-physician relationship. In: *Health Serv Res* 39 (6 Pt 1), S. 1903–1922. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2004.00324.x.

Tedeschi, Paolo (2015): Italy. In: Dionne S. Kringos, Wienke G.W. Boerma, Alen Hutchinson und Richard B. Saltman (Hg.): Building primary care in a changing Europe. Case studies. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies/WHO, S. 133–144.

Theurl, Engelbert; Winner, Hannes (2007): The impact of hospital financing on the length of stay: Evidence from Austria. In: *Health Policy* 82 (3), S. 375–389. DOI: 10.1016/j.healthpol.2006.11.001.

Waters, Teresa M.; Daniels, Michael J.; Bazzoli, Gloria J.; Perencevich, Eli; Dunton,

Nancy; Staggs, Vincent S. et al. (2015): Effect of Medicare's Nonpayment for Hospital-Acquired Conditions: Lessons for Future Policy. In: *JAMA Intern Med* 175 (3), S. 347–354. DOI: 10.1001/jamainternmed.2014.5486.

Whitaker, Samuel R.; Nisar, Sohail; Scally, Andrew J.; Radcliffe, Graham S. (2019): Does achieving the 'Best Practice Tariff' criteria for fractured neck of femur patients improve one year outcomes? In: *Injury* 50 (7), S. 1358–1363. DOI: 10.1016/j.injury.2019.06.007.

White, Chapin; Whaley, Christopher (2019): Prices Paid to Hospitals by Private Health Plans Are High Relative to Medicare and Vary Widely. Findings from an Employer-Led Transparency Initiative. Santa Monica (California): Rand Corporation.

Das Hamburg Center for Health Economics ist ein gemeinsames Forschungsinstitut der Universität Hamburg und des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE).



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

hche | Hamburg Center
for Health Economics

Esplanade 36
20354 Hamburg
Germany
Tel: +49 (0) 42838-9515/9516
Fax: +49 (0) 42838-8043
Email: info@hche.de
<http://www.hche.de>