

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Wie man vom volume zum value kommt“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (06/21), S. 18-21. <http://doi.org/10.24945/MVF.06.21.1866-0533.2353>

Beivers: „Kein one size fits all mehr“

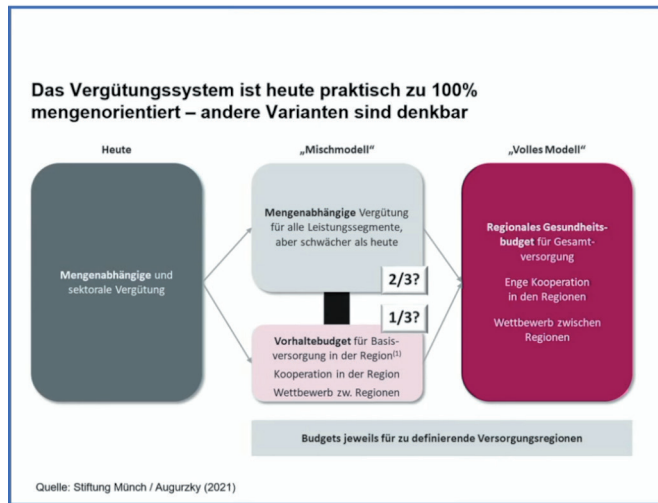
In seinem Vortrag „Regionalbudgets statt DRG und Einzelleistungsvergütung“ beleuchtete Prof. Dr. Andreas Beivers, Professor für Volkswirtschaftslehre und Studiendekan für Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fresenius in München, den Hintergrund und die mögliche Zukunft unseres derzeitigen Vergütungssystems. Er verglich dabei ein Vergütungs- und Anreizsystem mit einem guten Navigationssystem, das „uns irgendwie dahin bringt, wo wir hinwollen, am besten effizient“. Das Problem sei nun, dass bei einem von vorneherein falsch eingegebenen Ziel, das Navi noch so wunderbar sein und uns auf die kürzeste und die effizienteste Route leiten könne, aber man dennoch am falschen Ziel lande. Beivers: „Egal, ob wir über neue Anreize diskutieren, ob wir über DRGs oder Anpassung der Fallpauschale oder auch Regionalbudgets reden, fahren wir immer falsch, wenn wir nicht zuallererst klären, welches Ziel wir ins Navi eintragen.“ So würden abstruse Situationen entstehen, bei denen am Ende der Wertschöpfungskette überprüft würde, ob beispielsweise eine Hüft-OP gut gelaufen sei, es aber zu Beginn vergessen wurde, die Frage zu stellen, ob der Patient die überhaupt gebraucht hätte – dies sei eine Frage der Indikationsqualität.

Danach komme die des Bedarfs, gebildet aus dem Nutzen für Patient:innen und den dafür nötigen Kosten. Das Problem sei, dass sich der Nutzen als Gesamtergebnis ableite aus der Indikationsqualität, einer subjektiven Komponente – der „Erlebnis-Servicequalität“ – sowie der Qualität des Zugangs – der finanziellen zeitlichen und örtlichen Erreichbarkeit. Obwohl man bundeseinheitliche Vorgaben für Qualität brauche, habe die Corona-Pandemie gezeigt, dass Gesundheit eine regionale Angelegenheit sei. Jede Region müsse ihre eigene, richtige Lösung vor Ort – aber immer vor dem Hintergrund bundeseinheitlicher Mindestmengenstandards und Qualitätsvorgaben finden.

Vergütungssysteme sollten nun dabei helfen, die „GPS-mäßig effiziente Route“ zu fahren. Kollege Wasem hätte das im gemeinsam herausgebrachten Krankenhausreport des WiDo schön dargestellt, in dem er gesagt hätte, dass Vergütungssysteme zu einer bedarfsgerechten Versorgung führen sollten, dabei aber auch die Qualität der Versorgung sowie die Effizienz der Leistungserbringung sicherstellen sollten. Dies werde ergänzt durch Begrifflichkeiten, die Ökonomen eigentlich selten verwenden würden, wie „Gerechtigkeit gegenüber den Leistungserbringern“ und „Fairness gegenüber den Kostenträgern“. Beivers: „Bei Gerechtigkeit gegenüber den Leistungserbringern könnten wir kontrovers diskutieren, ob Vorhaltepauuschalen in der Pandemie dazu beigetragen haben, dass die, die eigentlich den Job getan haben, besser vergütet worden sind oder ob die, die den Job nicht getan haben, jetzt besser dastehen.“ Das sei aber nicht die Schuld derjenigen, die die Gelder angenommen hätten, sondern derjenigen, die diese Anreize gesetzt haben. Darüber sollte man in der Retrospektive kontrovers diskutieren, auch wenn es in der akuten Pandemie-Phase für alle eine „Entscheidung unter Unwissenheit“ gewesen sei.

In allen Parteiprogrammen und auch in der Koalitionsvereinbarung würde nun stehen, dass das DRG-System abgeschafft oder wie auch immer angepasst werden solle. Beivers: „Fallpauschalen können aber nicht an allem schuld sein, weil man damit versucht hat, mit einem Vergütungssystem ein Zielbild zu ersetzen.“

Mit den DRG sei in den 90er Jahren lediglich versucht worden, eine Strukturpassung hinzubekommen, in dem es über ein neues Vergütungssystem Gewinner und Verlierer gebe und der Wettbewerb es dann schon richten werde – was so Beivers – „eben nicht funktioniert“ habe. Einfach schon deshalb, weil „ein Vergütungssystem alleine“ das gar nicht erbringen kann; „kein einziges“, alleine auch, weil es kein optimales Vergütungssystem gebe. Auf viele Gefahren des Fallpauschalensystems hätte schon Ende der 90er Jahre der Sachverständigenrat hingewiesen.



OptiMedis B. BRAUN-STIFTUNG
DER GEMEINSCHAFT NEUER VIEL BEI



Prof. Dr. rer. pol. Andreas Beivers

Die zweite, zentrale Fehlannahme sei, dass es ein Vergütungssystem gebe, das die Strukturprobleme lösen könne, und die dritte, dass für gleiche Leistung überall der gleiche Preis gelten müsse. Beivers: „Da tut man so, als wäre Deutschland überall gleich, was aber falsch ist.“ Deutschland sei gleichwertig, das stehe in unserer Verfassung, auch die Lebensverhältnisse seien gleichwertig. Doch bekomme man eben für zehn Euro auf dem Oktoberfest, das nicht stattfindet, nur eine Maß Bier, dafür an irgendeiner Tankstelle mindestens zehn Bier. Kaufkraftparitäten müssten nun einmal berücksichtigt werden, weil vieles in Deutschland zwar gleichwertig, aber – nicht falsch zu verstehen – eben nicht gleich sei. Weil es zudem regional mal mehr oder weniger Ältere, mehr oder weniger Multimorbide und mehr oder weniger Jüngere gebe, müsse auch die Versorgung unterschiedlich sein.

Was das derzeitige Fallpauschalensystem trotz allem geschafft habe und weshalb man es jenseits von regionalen Gesundheitsbudget-Fallpauschalen weiterentwickeln müsse, sei, dass es zu einer Definition von Leistungen geführt habe. Zudem zu einer Leistungstransparenz, wie wir es noch nie zuvor hatten. Seiner Meinung nach müssten aber Fallpauschalen künftig nicht zwangsläufig zur Vergütung eingesetzt werden, sondern zu einer Beschreibung von Leistungen, die dann als Grundlage einer Vergütung genommen werden könnten. Man könne auch über andere Möglichkeiten der Vergütung nachdenken, wie Faktormengen, die Anzahl der behandelten Patienten (Regionalbudgets) oder in ein Selbstkostendeckungssystem wie bei der Pflege zurückfallen, was er aber auch hier skeptisch sieht. Beivers: „Wir sind uns alle darin einig, dass wir von der reinen mengenabhängigen, sektoralen Vergütung weg müssen und zwei Möglichkeiten haben, wie wir diese weiterentwickeln können.“ Doch werde es regionale Gesundheitsbudgets nicht für ganz Deutschland geben können, auch sollte man sich von dem Gedanken verabschieden, dass über DRG 100 Prozent der Leistungen refinanziert werden müssten. Es gebe vielmehr ein Nebeneinander unterschiedlicher Möglichkeiten, kein „one size fits all“ mehr. Dazu zähle sicherlich auch die Frage, wie man in Zukunft mit Vorhaltebudgets umgehen solle. Diese Frage sei alles andere als einfach, denn – so seine Fragen: „Was ist eigentlich die neue Baseline?“ oder „Was ist das neue Normal?“ Das Case-Mix-Volumen von 2019 oder das von 2020? Beivers: „Wäre ich ein Krankenkassenmanager, würde ich sagen, wir nehmen die Fälle von 2020, rechnen Covid-19 heraus, und kalkulieren auf dieser Basis die Vorhaltekosten.“ Das nütze aber nichts, weil man auch dazu erst ein Zielbild dessen haben müsse, „was wir wo vorhalten wollen und was nicht“. Wenn man nun das Ganze aus Leistungserbringersicht betrachte und das Case-Mix-Volumen 2019 nehme, würde man hingegen „die heutige Versorgung zementieren“ und jedes Krankenhaus über die Vorhaltekosten erhalten – darum sei auch hierfür zuerst das richtige Zielbild nötig. Allein in diese Frage würde man „viel Hirsenschmalz“

„Es sind immer die Pflaumen, die Äpfel mit Birnen vergleichen“
Hans-Jürgen Quadbeck-Seeger (* 29. Mai 1939)
Ehem. Präsident der Gesellschaft Deutscher Chemiker

Eben nicht nur Äpfel und Birnen: Bedarf einer genaueren Abgrenzung der Leistungen ambulant, teilstationär und vollstationär



Quelle: angelehnt an Beivers (2010)

investieren müssen, auch um zu überlegen, wie man in einzelnen Regionen regionale Gesundheitsbudgets einsetzen könne, die viele Vorteile hätten.