

Impulsvortrag: Mengenentwicklung in der stationären Versorgung

4. Hamburger Gesundheitstreff,
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
Hamburg, 20.11.2013

Prof. Dr. Jonas Schreyögg
Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen
Hamburg Center for Health Economics
Universität Hamburg



Ausgangspunkt: Einführung wettbewerblicher Systeme

- DRG-System imitiert die Funktionsweise des Wettbewerbs -> Yardstick Wettbewerb
- Preise für Krankenhäuser werden auf Basis der durchschnittlichen Kosten pro Fall im Markt festgelegt
- Vor allem Krankenhäuser mit Kosten pro Fall oberhalb der durchschnittlichen Kosten werden versuchen, die Kosten pro Fall zu senken
- Bei (nahezu) fixen Preisen müssen die Krankenhäuser die Effizienz erhöhen
- Erhöhung der Effizienz ist gesellschaftlich erwünscht, da Ressourcen freigesetzt werden, die anderweitig genutzt werden können

Länder mit etablierten DRG-Systemen sind effizienter

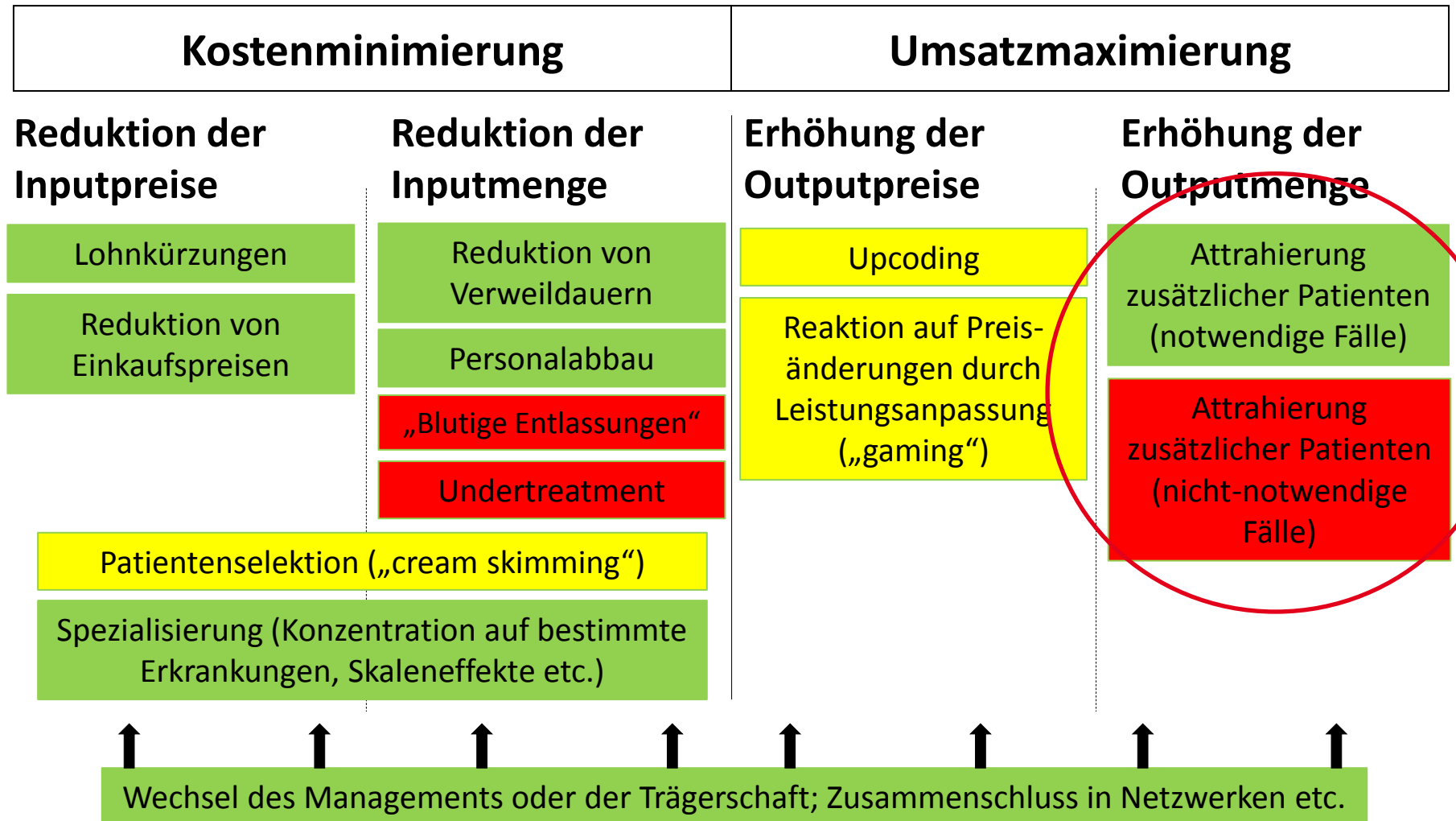
Länder	m8	m9	s1	s2	s3
Australia	0.92	.	1.00	0.98	.
Austria	0.90	0.90	1.00	1.00	1.00
Belgium	0.84	0.86	0.66	0.80	0.76
Czech Republic	0.68	0.68	0.71	0.70	0.70
Denmark	0.95	0.93	0.96	0.90	0.92
Estonia	0.83	0.86	0.88	0.83	0.85
Finland	0.95	0.86	0.85	0.91	1.00
France	0.89	0.91	0.94	0.94	0.95
Germany	0.92	0.92	0.88	0.91	0.90
Hungary	0.84	0.83	0.81	0.80	0.82
Iceland	0.67	0.67	0.65	0.65	0.66
Ireland	0.57	0.56	0.59	0.59	0.59
Israel	0.77	0.85	0.82	0.74	0.78
Italy	0.74	0.79	0.82	0.72	0.75
Japan	0.40	0.40	.	0.27	0.26
Korea	0.83	0.86	0.72	0.71	0.73
Netherlands	0.53	0.53	0.53	0.55	0.55
Norway	0.96	0.94	0.95	0.91	0.92
Poland	0.85	0.84	.	0.79	0.80
Portugal	0.60	0.66	0.65	0.57	0.60
Slovenia	0.74	0.84	.	0.77	0.84
Spain	0.67	0.73	0.71	0.62	0.66
Switzerland	0.81	0.80	0.79	0.79	0.80
Turkey	0.85	0.85	.	0.75	0.82
United States	0.85	0.86	0.92	1.00	1.00
Durchschn. Effizienz	0.79	0.79	0.80	0.77	0.78

- Technische Effizienz: Input versus Output
- Input: Personal nach Kategorien;
Output: Fälle gewichtet nach ICD Kategorien
- Daten: OECD, aktuellste Werte von 2009
- Je näher die Werte an 1 desto höher die Effizienz

Quelle: Auszug aus aktueller Studie zu Effizienz von internationalen Krankenhaus-
systemen: Varabyova & Schreyögg (2013) in Health Policy 112 (1–2): 70–79.
Freier download unter:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851013000675#>

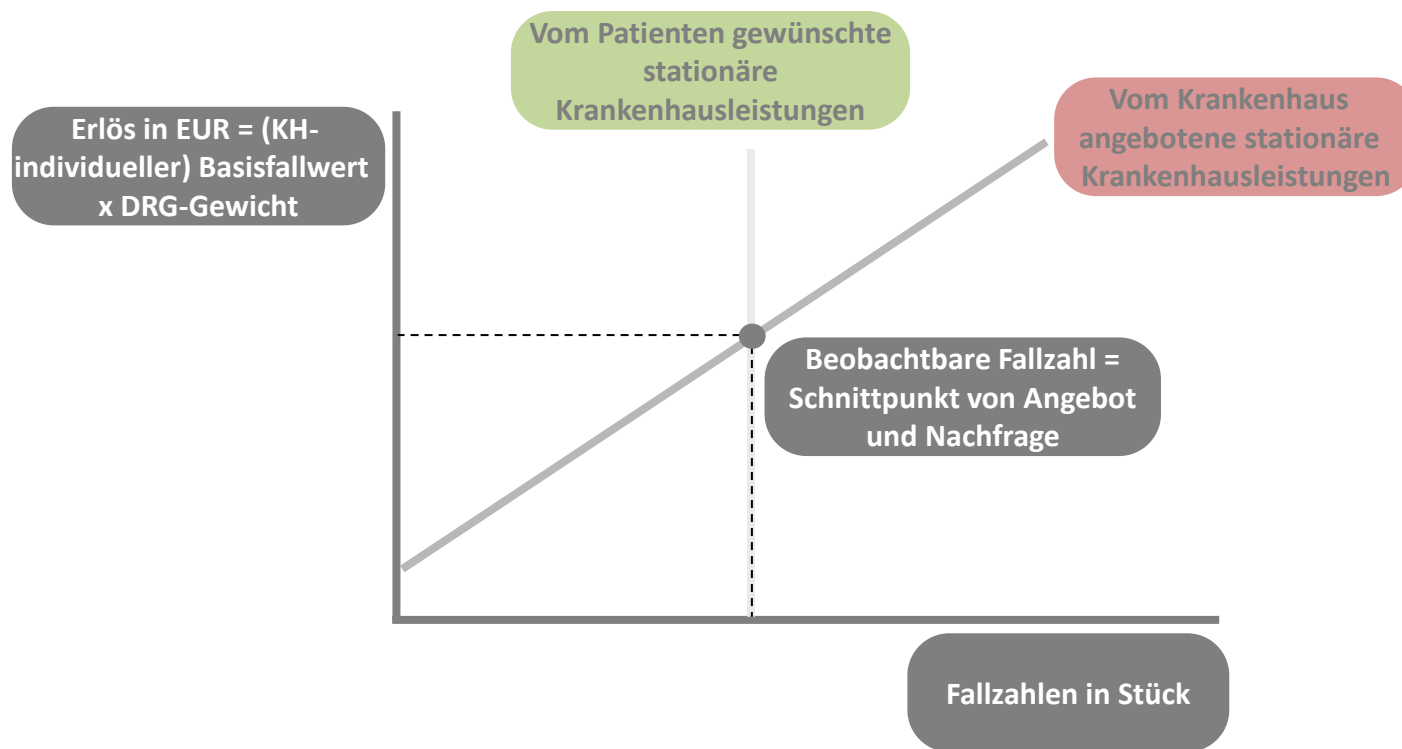
Internationale Evidenz zu Reaktionen auf wettbewerbliche Anreize



Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach §17b Abs. 9 KHG

- Beobachtbare Mengenentwicklung in verschiedenen Leistungsbereichen
- Bisher kaum empirische Evidenz zu Gründen für Mengenentwicklung in Deutschland/ aber auch kaum in anderen Ländern
- G-DRG-Begleitforschung (2011): „**Aus methodischen Gründen können von der Begleitforschung daher vielfach nur Veränderungen beschrieben werden**, aber keine abschließenden Aussagen zur Kausalität bzw. zum kausalen Beitrag der Einführung des neuen Vergütungssystems getroffen werden.“
- Forschungsauftrag: Ableitung **kausaler Aussagen** zu Ursachen für Mengenentwicklung; d.h. **es geht nicht um Korrelationen**
- Daten: Nutzung von §21 SGB V Individualdaten bei InEK; 16-18 Mio. Fälle jährlich mit Informationen zu Diagnosen, Prozeduren, etc. pro Fall; Verknüpfung mit diversen zusätzlichen Datenquellen

Fallzahlen als ein simultanes Ergebnis von Angebot und Nachfrage



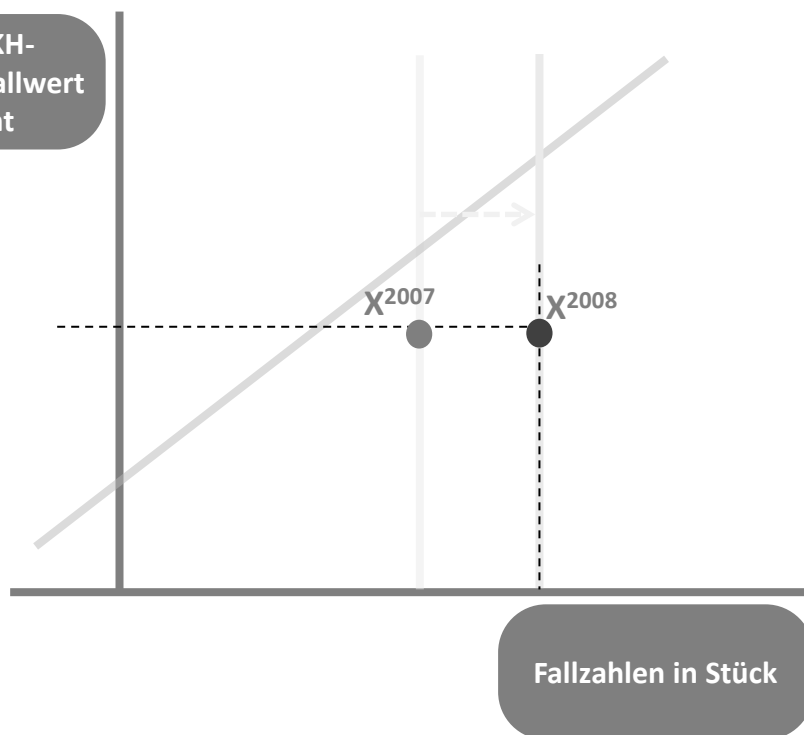
Fallzahlen: Mögliche Einflussfaktoren auf der Nachfrageseite

Verschiebung der Nachfragekurve nach
rechts durch Veränderungen von

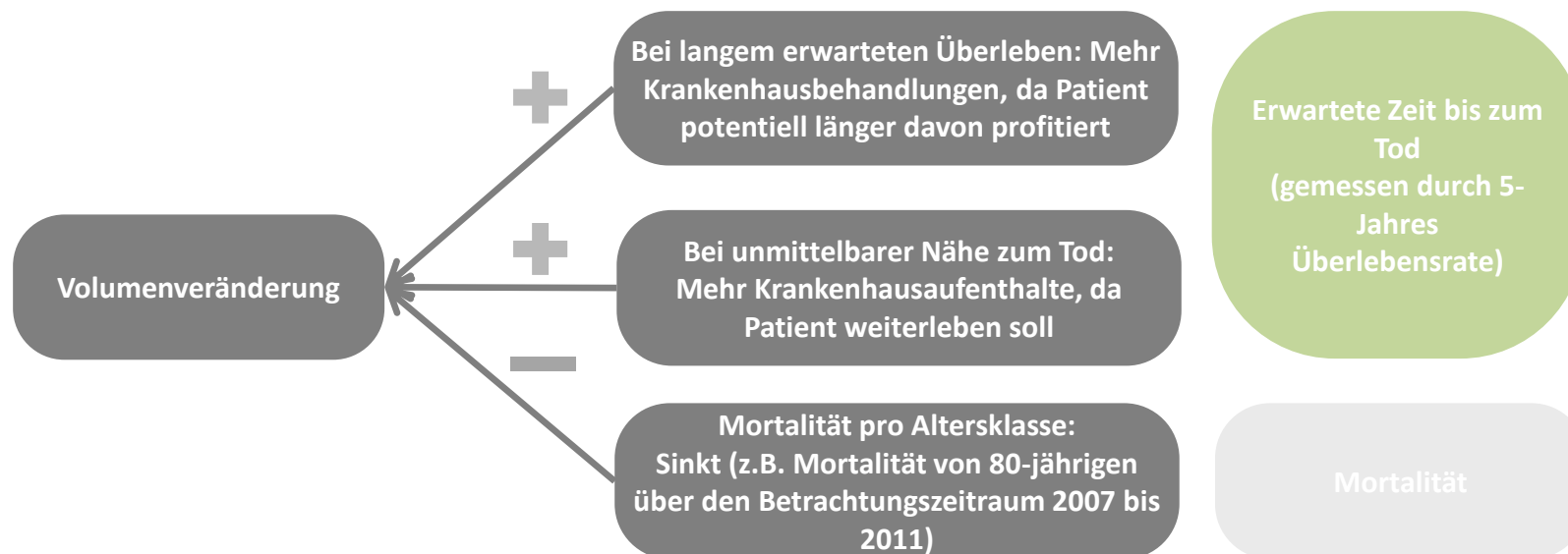
z.B.:

- Altersstruktur
- Morbidität

Erlös in EUR = (KH-
individueller) Basisfallwert
x DRG-Gewicht



Beispiel: Einfluss der Altersentwicklung auf die Fallzahlen



-> Wird gemessen auf Landkreisebene, für unterschiedliche Leistungsbereiche für die Jahre 2007-2011

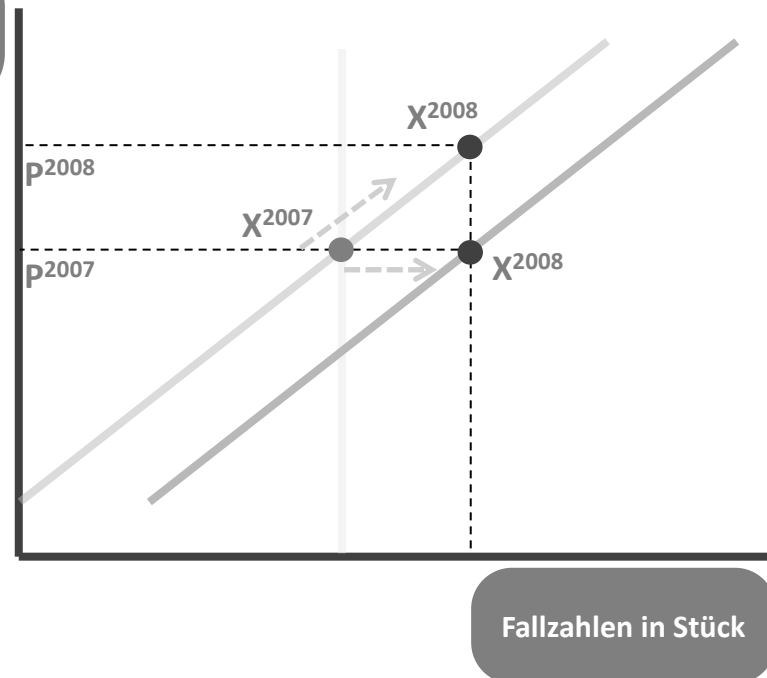
Fallzahlen: Mögliche Einflussfaktoren auf der Angebotsseite

Verschiebung der Angebotskurve nach rechts oder des Schnittpunktes nach oben

Durch Veränderung z.B. von:

- Erlöse
- Zusatzentgelte
- NUB-Entgelte
- Investitionskosten-förderung
- Kalkulationsstichprobe
- Krankenhausplanung

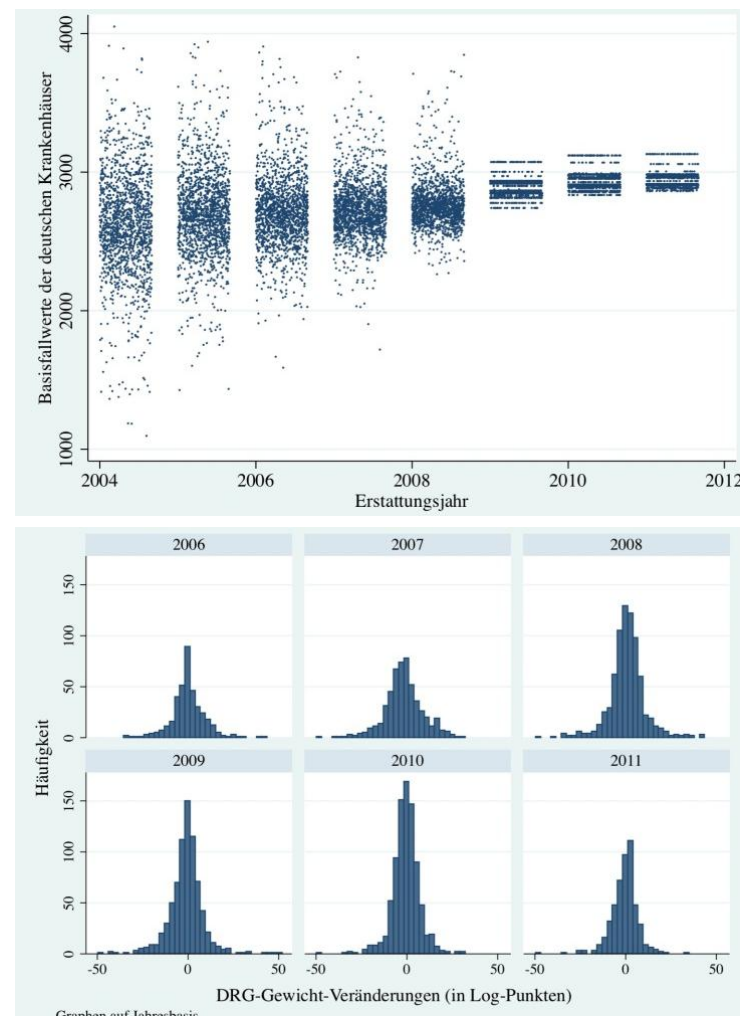
Erlös in EUR = (KH-individueller) Basisfallwert x DRG-Gewicht



Beispiel: Veränderung der Erlösstruktur

Zwei verschiedene Arten von Preisveränderungen

- **Absolute** Preisveränderungen: Konvergenz der krankenhausindividuellen Basisfallwerte von 2003 bis 2008
- **Relative** Preisveränderungen: Jährliche Anpassung der DRG-Gewichte



Mögliche Implikationen

- Mengenentwicklung ist in vielen Gesundheitssystemen nach DRG-Einführung beobachtbar -> in Deutschland stärker
- Zwei spezifische Phänomene in Deutschland:
 - 1) Alterung der Bevölkerung schreitet schneller voran als in anderen Ländern
 - 2) G-DRG-System ist sehr Prozeduren-orientiert und enthält viele zusätzliche Vergütungskomponenten

-> welchen Anteil diese beiden Phänomene an der Mengenentwicklung erklären, bleibt abzuwarten
- Auch normative Frage: welche Menge wollen wir haben?/ welche Menge ist gut für uns?
- Unabhängig von den konkreten Ergebnissen: Steuerung von Menge erfolgt bisher weitgehend ohne Berücksichtigung von Qualität der Versorgung
- Stärkung der qualitätsorientierten Leistungssteuerung/ Mögliche Instrumente: Verbesserung der Qualitätssicherung durch Routinedaten, Integration von P4P etc.

Kontakt

Prof. Dr. Jonas Schreyögg
Hamburg Center for Health Economics
Universität Hamburg
Esplanade 36 · 20354 Hamburg

Tel: +49 40 428 38 - 8041
Fax: +49 40 428 38 - 8043

jonas.schreyoegg@wiso.uni-hamburg.de
www.hche.de

hche | Hamburg Center
for Health Economics

