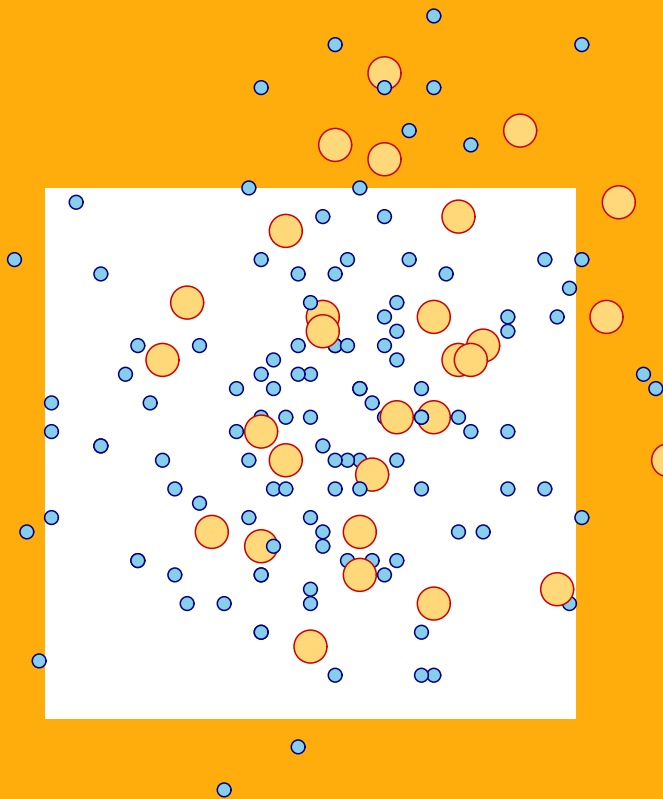


Wolfram Fischer

Universitätsmedizin und DRGs

Eine Recherche in Österreich, Grossbritannien,
den Niederlanden und den USA



Wolfram Fischer

Universitätsmedizin und DRGs

Eine Recherche in Österreich, Grossbritannien,
den Niederlanden und den USA

Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin
Wolfertswil



Angaben zum Autor

Wolfram Fischer
ZIM – Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin
Steigstrasse 12
CH-9116 Wolfertswil (SG)
wolfram@fischer-zim.ch

Betriebswirtschaftler (lic. oec. HSG) und Medizin-Informatiker; Gründer und Leiter des ZIM.

Tätigkeitsschwerpunkte:

- Patientenklassifikationssysteme aus ärztlicher und aus pflegerischer Sicht.
- Analyse und Visualisierung medizinökonomischer Daten.
- Bereitstellung fachspezifischer Informationen im Internet unter:
<http://www.fischer-zim.ch>

Spezielle Hinweise zu diesem Buch

Besonders aussagekräftige Grafik:

- **Tafel 11:** Die Universitätsmedizin betreffende Vergütungsregelungen. ↑ S. 55

Besonders eindrückliche Grafik:

- **Tafel 30:** Unterschiede von über 1200 (!) HRG-Pauschalen bei elektiver und nicht-elektiver Behandlung. ↑ S. 99

Informationsseite zum Buch

<http://www.fischer-zim.ch/studien/Universitaetsmedizin+DRGs-1305-Info.htm>

© 2013 (Internetversion) Wolfram Fischer, Wolfertswil
Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin
<http://www.fischer-zim.ch/verlag/>
Umschlag, Layout und Satz: Wolfram Fischer
(Verwendete freie Software: L^AT_EX, m4, R, perl, etc. unter Linux)
Grafik auf Umschlag: Auf der Grundlage von **Tafel 23**, S. 88
Korrektorat: Edith Keim Meier und Wolfram Fischer

ISBN 978-3-905764-07-9

Inhaltsverzeichnis

Tabellen und Abbildungen	9
A Zusammenfassung	11
A.1 Einleitung	11
A.2 Regelungen in den untersuchten Ländern	16
A.2.1 Sieben zusammenfassende Fragen	16
A.2.2 Österreich	17
A.2.3 England (Grossbritannien)	20
A.2.4 Niederlande	23
A.2.5 Vereinigte Staaten Amerikas	26
B Einführung	29
B.1 Einleitung	29
B.2 Auftrag und Aufbau der Studie	31
B.3 Lesehinweise	33
B.4 Begriffe	34
B.4.1 Versorgungsstufen	34
B.4.2 Universitätsmedizin	35
B.4.3 Lehre und fachärztliche Weiterbildung	37
B.4.4 Universitäts- und Lehrkrankenhäuser	38
B.5 Homogenisierung von Patientenkategorien	40
B.6 Modifikationen in DRG-basierten Vergütungssystemen	42
C Lösungsansätze	47
C.1 Kostentrennung und Vergütungsansätze	47
C.2 Überblick über die gewählten Lösungen	53
D Österreich	57
D.1 Das österreichische Gesundheitswesen	57
D.1.1 Organisation	57
D.1.2 Krankentypen und Krankenhausplanung	58
D.1.3 Finanzierung	59
D.1.4 Universitätskrankenhäuser	61
D.2 Kostendifferenzen	61
D.3 Aufgaben- und strukturbezogene Vergütungen	62
D.3.1 Der «Klinische Mehraufwand» für Forschung und Lehre	62
D.3.2 Vergütungen der fachärztlichen Weiterbildung	64

D.3.3	Förderung des Transplantationswesens	65
D.3.4	Investitionskosten	65
D.4	Einzelfallbezogene Vergütungen	66
D.4.1	Leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierung (LKF)	66
D.4.2	LDF-Vergütungspauschalen mit Leistungs- und Tageskomponenten	69
D.4.3	Zusatzgewichtung für Intensivmedizin	72
D.4.4	Teure Implantate und Medikamente	74
D.4.5	Kurz- und Langliegervergütung	74
D.4.6	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	75
D.5	Defizitdeckung	75
D.6	Diskurs	76
D.6.1	Begründungen für höhere Zahlungen	76
D.6.2	Revisionsvorschläge	77
D.7	Zusammenfassung ausgewählter Regelungen	79
E	England (Grossbritannien)	83
E.1	Das britische Gesundheitswesen	83
E.1.1	Organisation	83
E.1.2	Universitätskrankenhäuser	86
E.1.3	NHS-Geschäftsjahr	86
E.2	Kostendifferenzen	86
E.2.1	Referenzkostenindices (RCI)	86
E.3	Aufgaben- und strukturbezogene Vergütungen	90
E.3.1	Ärztliche Ausbildung und fachärztliche Weiterbildung	90
E.3.2	Forschung	93
E.3.3	Investitionskosten	93
E.4	Einzelfallbezogene Vergütungen	94
E.4.1	Payments by Results (PbR) und HRGs	94
E.4.2	Der Marktkräftefaktor (MFF)	101
E.4.3	Zuschläge für seltene Behandlungen in Spezialkliniken	102
E.4.4	«Unbundled HRGs»	106
E.4.5	Zusatz-HRGs für die Intensivmedizin	107
E.4.6	Zusatz-HRGs für Notfalleintritte	109
E.4.7	Kurz- und Langliegervergütung	110
E.4.8	Teure Medikamente	111
E.4.9	Teure Implantate	111
E.4.10	Weitere zu verhandelnde Preise	112
E.4.11	Preisvorschläge	112
E.4.12	«Best Practice Tarif»	112

E.4.13	Fallgruppen ohne Kostengewicht	114
E.4.14	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	115
E.4.15	PbR in Schottland	115
E.5	Defizitdeckung	115
E.6	Diskurs	116
E.6.1	Begründungen für höhere Zahlungen	116
E.6.2	Weiterentwicklungsvorschläge	117
E.7	Zusammenfassung ausgewählter Regelungen	118
F	Niederlande	123
F.1	Das niederländische Gesundheitswesen	123
F.1.1	Organisation	123
F.1.2	Finanzierung	124
F.1.3	Universitätskrankenhäuser	124
F.1.4	Finanzierung der Universitätskrankenhäuser	125
F.2	Kostendifferenzen	127
F.3	Aufgaben- und strukturbezogene Vergütungen	127
F.3.1	Forschung und Lehre	127
F.3.2	Vergütungen der fachärztlichen Weiterbildung	127
F.3.3	Die «akademische Komponente» für die Maximalversorgung	131
F.3.4	Investitionskosten	131
F.4	Einzelfallbezogene Vergütungen	132
F.4.1	Diagnose-Behandeling-Combinaties (DBC) und DOT	132
F.4.2	«Add-ons» für Intensivmedizin	134
F.4.3	«Add-ons» für teure Medikamente	134
F.4.4	Kurz- und Langliegervergütung	135
F.4.5	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	135
F.5	Defizitdeckung	135
F.6	Diskurs	136
F.6.1	Begründungen für höhere Zahlungen	136
F.6.2	Revisionsvorschläge	136
F.7	Zusammenfassung ausgewählter Regelungen	137
G	Vereinigte Staaten Amerikas	139
G.1	Das amerikanische Gesundheitswesen	139
G.1.1	Organisation	139
G.1.2	Finanzierung	139
G.1.3	Die staatlichen Versicherungen <i>Medicare</i> und <i>Medicaid</i>	140
G.1.4	Universitätskrankenhäuser und andere Lehrkrankenhäuser	142

G.1.5	Dauer des Fiskaljahres	143
G.2	Kostendifferenzen	143
G.3	Aufgaben- und strukturbezogene Vergütungen	146
G.3.1	Forschung und Lehre	146
G.3.2	Vergütungen der fachärztlichen Weiterbildung	147
G.3.3	Zuschlag für die Behandlung mittelloser Patienten	151
G.3.4	Anmerkungen zur Schätzung der IME- und DSH-Zuschläge	154
G.3.5	Investitionskosten	156
G.4	Einzelfallbezogene Vergütungen	157
G.4.1	Medicare Severity-Diagnosis Related Groups (MSDRG)	157
G.4.2	Komponenten der DRG-Pauschalen	158
G.4.3	Vergütung der Intensivmedizin	159
G.4.4	Teure Implantate und Medikamente	159
G.4.5	Vergütung von Hochkostenfällen	159
G.4.6	Neue Leistungen und neue Technologien	160
G.5	Defizitdeckung	161
G.6	Diskurs	161
G.6.1	Begründungen	161
G.6.2	Revisionsvorschläge	161
G.7	Zusammenfassung ausgewählter Regelungen	163
H	Anhang	169
H.1	Abkürzungen	169
H.2	Literaturverzeichnis	173
—	Stichwortverzeichnis	185

Tabellen und Abbildungen

1	Vergütungsmöglichkeiten Universitätsmedizin	13
2	Die Universitätsmedizin betreffende Vergütungsregelungen	15
3	Österreich: LDF/LKF-Vergütungskorrekturen	19
4	England: HRG-Vergütungskorrekturen	22
5	Niederlande: DBC-Vergütungskorrekturen	25
6	USA: DRG-Vergütungskorrekturen	28
7	Homogenisierung von Patientenkategorien für Fallpauschalen (mit Beispielen)	40
8	Vergütungsmöglichkeiten Universitätsmedizin	49
9	Schema Korrekturmechanismen DRG-Vergütung	51
10	Gesundheitsausgaben ausgewählter Länder und deren Finanzierung	53
11	Die Universitätsmedizin betreffende Vergütungsregelungen	55
12	Die Bundesländer Österreichs	57
13	AKH Wien 2008–2011: Erträge in Mio. €	64
14	LKF-Kernbereich und LKF-Steuerungsbereich nach Bundesländern 1997	67
15	LKF-Kernbereich und LKF-Steuerungsbereich nach Bundesländern 2004	67
16	LKF-Kernbereich und LKF-Steuerungsbereich nach Bundesländern 2011	67
17	Hierarchiestufen LDF	70
18	LDF-Vergütungsschema	71
19	LKF 2013: Kriterien für die Einstufung von Intensivseinheiten	72
20	Defizitdeckung in den österreichischen Bundesländern (nach: BMG-A 2010: 31).	76
21	Länder des Vereinigten Königreichs	83
22	England 2011+: Streuungen der Referenzkostenindices	88
23	England 2011+: Referenzkostenindices der Universitätskrankenhäuser und der übrigen Krankenhäuser	88
24	England 2011+: Streuungen der Referenzkostenindices x Marktkräftefaktor	89
25	England 2011+: Referenzkostenindices der Universitätskrankenhäuser und der übrigen Krankenhäuser x Marktkräftefaktor	89
26	Berufsbezeichnungen für britische Ärzte in Weiterbildung	90
27	Hauptkategorien HRG 3.5	96
28	HRG 3.5: Unterschiede der HRG-Pauschalen 2008+ für elektive und nicht-elektive Behandlungen	97
29	HRG4: Unterschiede der HRG-Pauschalen 2012+ für elektive und nicht-elektive Behandlungen	98
30	HRG4: Unterschiede der HRG-Pauschalen 2013+ für elektive und nicht-elektive Behandlungen	99
31	HRG4-Hauptkategorien	100
32	England 2010+: Market Forces Factors	101
33	HRG: Prozentuale Zuschläge auf HRG-Gewichten für Spezialistenbehandlungen	103
34	HRG: Prozentuale Zuschläge auf HRG-Gewichten für Spezialistenbehandlungen	105
35	HRG4 2011: Intensivmedizin	107

36	HRG4 2012+: Tarife für Notfallbehandlungen	108
37	Vergütung der Notfalleintritte: <i>Marginal rate emergency tariff</i>	109
38	HRG: Anpassungsfaktoren für notfallmässige Kurzzeitaufenthalte	110
39	England 2011+: Referenzkostenindices der Universitätskrankenhäuser und der übrigen Krankenhäuser x Marktkräftefaktor	118
40	Landkarte der Niederlande	123
41	Niederlande: Finanzierungsströme Universitätskrankenhäuser (Beträge 2010 in Mio. €)	126
42	Niederlande 2010: Budgets der Universitätskrankenhäuser (in Mio. €; Ministerie van Financiën [IBO UMC, 2012]: 46)	128
43	Niederlande 2010: Budgetanteile der Universitätskrankenhäuser	129
44	DBC-ZP-Zuschläge Intensivmedizin 2013 (gerundet auf ganze €)	133
45	Niederlande: Finanzierungsströme Universitätskrankenhäuser (Beträge 2010 in Mio. €)	137
46	USA 2000: Kostendeckung Universitätskrankenhäuser	139
47	USA: Kostenvergleich nach Krankentypen 1996–1999	144
48	USA 2012: Streuung von DRG-bezogenen Krankenhausvariablen	145
49	USA: Zuschlag auf DRG-Pauschalen für indirekte Weiterbildungskosten in Abhängigkeit der Assistenzarztstellen	148
50	USA: Entwicklung des Zuschlages auf DRG-Pauschalen für indirekte Weiterbildungskosten im Zeitverlauf	149
51	USA: Prozentuale DRG-Zuschläge 2008 für indirekte Weiterbildungskosten	150
52	USA 2012: Zuschlagsfaktoren für Behandlungen mitteloser Patienten	152
53	USA 2012: IME- und DSH-Zuschlagsfaktoren	154
54	USA 2012: Zuschlagsfaktoren für Behandlungen mitteloser Patienten und für indirekte fachärztliche Weiterbildung	155
55	USA 2012: Krankenhausspezifische Kosten-Ertrags-Raten (CCR)	160
56	USA: Kostenvergleich nach Krankentypen 1996–1999	164
57	USA: Entwicklung des Zuschlages auf DRG-Pauschalen für indirekte Weiterbildungskosten im Zeitverlauf	165
58	Im Text verwendete Abkürzungen (Teil 1)	169
59	Im Text verwendete Abkürzungen (Teil 2)	170
60	Im Text verwendete Abkürzungen (Teil 3)	171
61	Im Text verwendete Abkürzungen (Teil 4)	172
62	Im Text verwendete Abkürzungen (Teil 5)	173

A Zusammenfassung

A.1 Einleitung

Aufgaben der Uni-
versitätsmedizin

Die Aufgaben von Universitätskrankenhäusern werden oft eingeteilt in:

- Forschung.
- Lehre und fachärztliche Weiterbildung.
- Krankenversorgung (Patientenversorgung).

Universitätskrankenhäuser sind Maximalversorger. Hier werden u. a. die schwerstkranken Patienten versorgt sowie Patienten mit unklaren Diagnosen und seltenen Krankheiten. Hochkostenfälle sind hier gehäuft zu finden.

DRG-basierte
Vergütung

In DRG¹-basierten Vergütungssystemen werden die Entgelte nach Aufwandigkeit der Behandlung differenziert. Diese Entschädigung ist kostennadäquater als frühere Vergütungsformen, welche auf durchschnittlichen Tageskosten beruhten. Die Vergütungssätze in den neuen Systemen entsprechen nun nicht mehr den Kosten des einzelnen Krankenhauses. Sie werden anhand der durchschnittlichen Kosten aller Krankenhäuser eines Landes (oder einer Region) berechnet.

Kosten der Uni-
versitätsmedizin

Die durchschnittlichen (ungewichteten) Fallkosten sind in Universitätskrankenhäusern normalerweise höher als in den übrigen Akutkrankenhäusern. Der Grund dafür liegt zunächst einmal im höheren Schweregrad der zu behandelnden Patientenprobleme. Da DRGs (oder verwandte Patientenkategorisierungssysteme) den Schweregrad abbilden, könnte man erwarten, dass sich die Durchschnittskosten von Universitätskrankenhäusern nach einer DRG-basierten Gewichtung nicht mehr stark von den Durchschnittskosten der übrigen Akutkrankenhäuser unterscheiden. Vielerorts tun sie dies aber trotzdem noch. Es ist zu fragen:

- ob die DRGs nicht in der Lage sind, die Unterschiede der erbrachten Leistungen genügend differenziert abzubilden,
- ob es gerechtfertigte Mehrkosten der Universitätsmedizin gibt, die nicht über die DRG-Pauschalen vergütet werden dürften,
- oder ob die Leistungen unwirtschaftlich erbracht wurden.

¹ DRG = Diagnosis Related Groups.

Um aus anderen Ländern zu erfahren, welche Regelungen zur Vergütung der Mehrkosten der Universitätsmedizin getroffen wurden, gab der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) diese Studie in Auftrag. Besonders interessierten die Regelungen bezüglich der Krankenversorgung, in zweiter Linie auch jene bezüglich der fachärztlichen Weiterbildung und der übrigen universitätsmedizinischen Sonderaufgaben. Recherchiert wurde gemäss Auftrag in Österreich, Grossbritannien, den Niederlanden und den USA.

Die Recherchen zeigten, dass zwar akzeptiert wird, dass Universitätskrankenhäuser Mehrkosten haben, dass aber die oben gestellten Fragen nach deren Ursachen nirgends wirklich differenziert studiert wurden. (Am weitesten in diese Richtung gehen die ökonometrischen Modelle, die in den USA und in England gerechnet wurden.) Trotzdem wurden überall einzelne Sondervergütungen eingerichtet, die ausschliesslich für Universitätskrankenhäuser gelten oder von denen sie besonders profitieren.

Aus theoretischer Sicht kann unterschieden werden zwischen den Kosten der Krankenversorgung (aufgeteilt in stationäre und ambulante Behandlungskosten) und den Kosten der nicht-patientenbezogenen Aufgaben. In der Praxis jedoch sind insbesondere die Kosten der fachärztlichen Weiterbildung, z. T. auch jene von Forschung und (übriger) Lehre nicht leicht von den Kosten der Krankenversorgung zu trennen, da sich die Arbeiten teilweise überlappen.

Entsprechend herausfordernd wird es, die Aufgaben der Universitätsmedizin kostengerecht und leistungsadäquat zu vergüten. Nebst direkten, leistungsbezogenen Vergütungen (mit Bezug zum Behandlungsfall oder zu einer universitätsmedizinischen Aufgabe) sind auch strukturbezogene Vergütungen möglich. (Strukturbezogene Vergütungen werden allein aufgrund der Tatsache ausbezahlt, dass ein Leistungserbringer bestimmte strukturelle Voraussetzungen erfüllt, z. B. dass er zu einem bestimmten Krankentyp gehört.)

Studie des VUD

Resultate (Kürzestfassung)

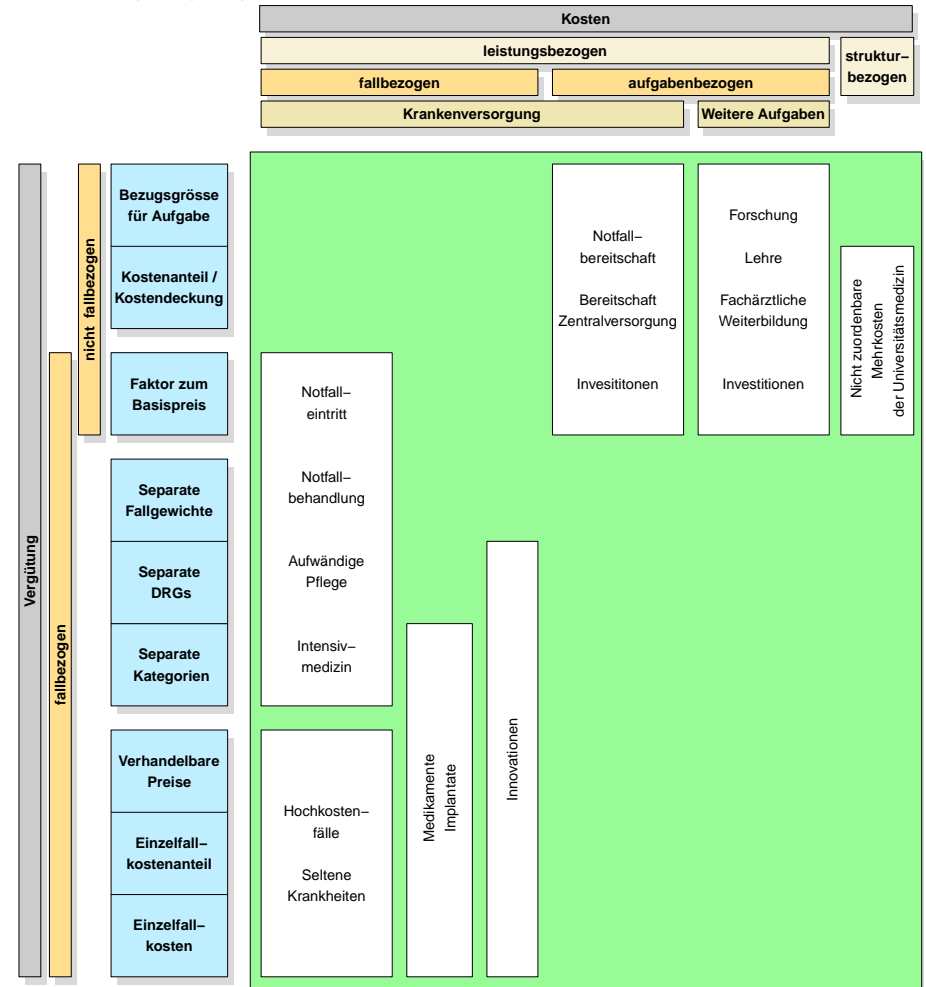
↑ S. 154
↑ S. 104

Kostentrennung

► Tafel 1
↑ Details: S. 47

Vergütungsansätze

Tafel 1: Vergütungsmöglichkeiten Universitätsmedizin



Z I M
[UMED.136.chart.matrix2-13619]

In den Vergütungssystemen der untersuchten Länder werden die meisten der in **Tafel 1** aufgelisteten Möglichkeiten angewandt.

Tafel 2 und die nachfolgenden Zusammenfassungen zu den länderspezifischen Regelungen geben einen Überblick über die konkret gewählten Lösungen.

(Hinweis: Fragezeichen in dieser Grafik bedeuten, dass zum zugehörigen Thema bis jetzt noch nicht recherchiert wurde.)

Es fällt auf, dass es nur in den USA keine grüne Einfärbungen gibt. Das heisst, in den drei andern Ländern gibt es u. a. Lösungsansätze, die ausschliesslich (oder hauptsächlich) von Universitätskrankenhäusern in Anspruch genommen werden können. In Österreich ist dies z. B. die Entschädigung für den «Klinischen Mehraufwand», in den Niederlanden gehören die «akademischen Komponenten» dazu, in England die Zuschläge für Spezialistenbehandlungen, wobei hier davon ausgegangen wird, dass Spezialisten hauptsächlich an Universitätskrankenhäusern angesiedelt sind.

Viele Regelungen sind grundsätzlich offen für alle Krankenhäuser. Eine ganze Reihe sind aber in der Praxis für Universitätskrankenhäuser und Krankenhäuser der Maximalversorgung besonders interessant, weil es sich dabei um vorwiegend in dieser Umgebung erbrachte Leistungen handelt. Dazu gehören z. B. die intensivmedizinischen Tagespauschalen in Österreich, England und den Niederlanden oder die aufgrund der Assistenzarztzahlen ausbezahlten Zuschüsse für die fachärztliche Weiterbildung in den USA.

Insgesamt gesehen kann festgehalten werden, dass in allen vier untersuchten Ländern Mehrkosten der Krankenversorgung durch Universitätskrankenhäuser anerkannt werden, dass man sich aber mit leistungsorientierten Lösungen schwer tut. Fassbarere Leistungen (wie Intensivmedizin, Notfalleintritte, teure Medikamente und Implantate) werden zum Teil leistungsorientiert innerhalb des Rahmens des ländereigenen DRG-basierten Vergütungssystems entschädigt. Für die verbleibenden Mehrkosten in der Krankenversorgung gibt es unterschiedliche Begründungsversuche und Vergütungsansätze:

- In Österreich werden erhöhte Kosten pro LDF²-Punkt über Faktoren auf dem Basispreis vergütet. Zusätzlich gibt es Defizitbeiträge.
 - In England wird davon ausgegangen, dass lokale Preis- und Leistungsverhandlungen nötig bleiben. Sie sind deshalb im Pbr³-Modell auch ausdrücklich vorgesehen.
- Für Spezialistenbehandlungen, die oft nur in Universitätskrankenhäusern durchgeführt werden, gibt es in einzelnen Fachdisziplinen Zuschläge auf dem Basispreis. Sie wurden mittels ökonomischer Mo-

Überblick über Lösungsansätze

▶ **Tafel 2**
 ↑ **Legende: S. 54**

Nur für Universitätskrankenhäuser

Für Universitätskrankenhäuser interessant

Zusammengefasst: Keine Lösungen, nur Lösungsversuche

↑ **S. 67**
 ↑ **S. 75**
 ↑ **S. 94**
 ↑ **S. 112**
 ↑ **S. 95**
 ↑ **S. 102**

Tafel 2: Die Universitätsmedizin betreffende Vergütungsregelungen

		Österreich	England	Niederlande	USA
Info.	Anzahl Uni-Krankenh.	3	33 33	8	100 (unter DRG)
	- % aller Akutbetten	ca. 10 %	ca. 23 %	ca. 18 %	6.4 %
	Anzahl Akutkrankenh.	141	186 195	90	3500 (unter DRG)
Kosten-differenz	... vorhanden	ja	unklar	?	ja
	... politisch akzeptiert	ja	ja	ja	ja
Forschung und Aus-Weiterbild.	Fachärztliche Weiterbildung	?	Medical and Dental Education Levy (MADEL)	Weiterbildungsfonds	DGME IME
	Lehre	Klinischer Mehraufwand (KMA) + Arztgehälter	Service Increment for Teaching (SIFT)	Fakultätsbeiträge Werkplatz-Beiträge Akad. Komponente für Forschung	(Separate Finanzierung)
	Forschung		(Separate Finanzierung)		(Separate Finanzierung)
Krankenversorgung	Krankenversorgung - Vorhaltung	Faktor auf Basispreis	Zuschlag für Spezialistenbehandlungen	Akademische Komponente für Maximalversorgung	Indirect Medical Education (IME)
	- med. komplexe Fälle	(Gilt ab 2009 für Wien nicht mehr.)			
	- Seltene Erkrankungen				
	- Intensivmedizin	Tagespauschalen Intensivmedizin	Verhandelbare HRG-Tagespauschalen	Add-ons Intensivmedizin	(Vereinzelte PreMDCC-DRGs)
	- Notfälle	---	Notfalleintritts-HRGs + sep. HRG-Kostengew.	---	---
	- Teure Medikamente	(Chemotherapie-LDFs)	Medikamenten-HRGs	Add-ons Medikamente Medi. für seltene Krankh.	---
	- Teure Implantate	---	HRGs für teure Materialien	---	---
	- Langlieger	Degressive Tagespauschalen	Tagespauschalen je HRG-Kategorie	Viele Fallgruppen mit Verweildauer als Splittkrit.	---
	- Hochkostenfälle	---	(«Flexibilität»?)	---	80 % der Kostendifferenz oberhalb \$ 22 000 / CCR
	- Sondervergütungen	Förderung Transplantationswesen	Best Practice Tariff Major Trauma BPT	Add-ons IC-Transporte + interdisziplin. IC-Konsult.	---
	- Mittellose Patienten	---	---	---	Disproportionate Share (DSH)
	- lokale Lohnkosten und Lebenskosten	(Basispreise pro Land; z.T. KH-spez. Faktoren)	Marktkräftefaktor (MFF)	(Preisverhandlungen) in DBC	Lohnkostenindex + Lebensk. Alaska+Hawaii DSH- und IME-Kapitalkostenfaktoren
Investitionskosten		Beiträge von Gemeinde, LGF, Bund	5.8 % in Pbr enthalten	Uni-KH: + 4 %	751 MS-DRGs
Fallpauschalen	Anzahl Fallgruppen	9998LDFs	> 1400 HRGs	> 4400 DBC-ZPs	751 MS-DRGs
	Fallgruppen ohne Kostengewicht	Alle LDFs sind bepunktet.	Lokale Preisverhandlungen	Preisverhandlungen (für 77 % der DBC-ZPs)	Alle DRGs haben Kostengewichte.
	Weitere Besonderheiten	Systemveränderungen nur alle paar Jahre	«Flexibilitäten» (Verhandlungsspielraum)		
	% des Betriebsertrages	ca. 63 % (alle Krankenh.)	ca. 72 % (alle KH)	ca. 54 % (Uni-KH) ca. 86 % (Uni-KH)	ca. 47 % (Uni-KH)
	Defizitdeckung	Land + Gemeinden, z.T. teilweise Träger	Krankenhaus (Department of Health)	?	Krankenhausträger
Diskussion	- LKF-Vereinheitlichung	- Kostenträgerrechnung	- Vereinfachung KMA-Entschädigungsregelg	- LKF-Vereinheitlichung	- Kostenträgerrechnung
	- Kostenrechnerrechnung	- Vereinfachung KMA-Entschädigungsregelg	- LKF-Vereinheitlichung	- Kostenrechnerrechnung	- Vereinfachung KMA-Entschädigungsregelg
	- Vereinfachung KMA-Entschädigungsregelg	- LKF-Vereinheitlichung	- Kostenrechnerrechnung	- Vereinfachung KMA-Entschädigungsregelg	- LKF-Vereinheitlichung
	- LKF-Vereinheitlichung	- Kostenrechnerrechnung	- Vereinfachung KMA-Entschädigungsregelg	- LKF-Vereinheitlichung	- Kostenrechnerrechnung

Legende	Ausschliesslichkeit	Bezug zum DRG-System	Preisfestlegung	Berechnungsweise
	Nur für Uni-KH	Zusatzvergütung	Verhandlungspreise	Statistisches Modell
	Hauptsächlich für Uni-KH	Faktor auf Basispreis in DRG-Pauschale	Politische Preise	Historische Werte
	Für alle Akut-KH	Kein Fallbezug	Ist-Kostenanteil	Kostenerhebung
			Ist-Kosten	
			Durchschnittskosten	

² LDF = Leistungsbezogene Diagnosen-Fallgruppen.

³ Payments by Results = Payments by Results.

delle und in anschliessenden politischen Prozessen korrigiert (erhöht!).

- In den Niederlanden gibt es Zuschüsse für die Maximalversorgung und die Möglichkeit von Preisverhandlungen (wobei allerdings Maximalpreise festgelegt sind). ↑ S. 131
↑ S. 132
- In den USA wird mit ökonomischen Modellen gearbeitet. Deren Hypothese-gebundene Resultate fliessen als Vorschläge in einen politischen Prozess ein. Die Vergütung erfolgt über Faktoren zum Basispreis. ↑ S. 154

Bei der Suche nach eigenen Lösungen ist im Auge zu behalten, dass der Differenzierungsgrad der verfügbaren Kosten bestimmt, welche Lösungen überhaupt angewandt werden können. Oder anders formuliert: Manche Lösungen sind erst umsetzbar, wenn in der Kostenrechnung entsprechend differenziert Kosten und Leistungen erhoben werden.

Manche Lösungen sind aber auch deshalb nicht realisierbar, weil gewisse Kostendifferenzierungen entsprechend einem wünschbaren theoretischen Lösungsansatz in der Praxis gar nicht mit der nötigen Präzision vorgenommen werden können. (Dies ist z. B. oft bei Vorhalteleistungen der Fall: Die Leistungen können unterschiedlich stark in Anspruch genommen werden; wie die Vorhaltungskosten von den Kosten für die erbrachten Leistungen unter diesen Umständen abgegrenzt werden sollen, ist unklar.)

Lösungen sind abhängig vom Differenzierungsgrad der Kosten.

A.2 Regelungen in den untersuchten Ländern

A.2.1 Sieben zusammenfassende Fragen

Für die folgenden Zusammenfassungen der Erkenntnisse aus den Recherchen in den vier untersuchten Ländern wurden sieben Fragen formuliert:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| (1) Welches sind die wichtigsten Sondervergütungen im Bereich der universitätsmedizinischen Krankenversorgung? | Sondervergütungen Krankenversorgung |
| (2) Wie wurden die Sondervergütungen begründet? | Begründungen |
| (3) Nach welchen Prinzipien wurden die Sondervergütungen ausgestaltet? | Ausgestaltung |
| (4) Wie wurden die Sondervergütungen berechnet? | Kalkulation |
| (5) Welche Aspekte der Vergütungs-differenzierungen werden diskutiert? | Diskussion |
| (6) Welches sind die wichtigsten weiteren Sondervergütungen? (Forschung, Lehre, fachärztliche Weiterbildung) | Weitere Sondervergütungen |
| (7) Welche Diskussionen ergaben sich dabei? | Weitere Diskussionen |

A.2.2 Österreich

A.2.2.1 Die wichtigsten Lösungsansätze

Das österreichische Vergütungssystem zeichnet sich durch eine Vielzahl von Finanzierungsquellen aus. Sie sind in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich ausgestaltet. Zusammen mit einer häufig vorhandenen Defizitdeckung mittels öffentlicher Gelder ergänzen sie sich und decken in der Summe in den meisten Ländern die Betriebskosten der Krankenhäuser.

Für die Universitätsmedizin wird der *Klinische Mehraufwand* als explizite Zusatzfinanzierung vergütet. Damit sollen die Mehrkosten infolge von Forschung und Lehre entschädigt werden. Die Beträge werden für die drei Universitätskrankenhäuser individuell festgelegt. Sie liegen etwa zwischen 5 % und 18 % des Umsatzes. Es gibt allerdings kein allgemein anerkanntes Berechnungsmodell dafür. Sie basieren auf vor geraumer Zeit geschätzten und vereinbarten Beträgen. Dies führte seither immer wieder zu juristischen Auseinandersetzungen.

Ebenso gewichtige Erlösanteile wie der *Klinische Mehraufwand* erzeugen die Zuschläge auf dem Basispreis in Graz (30 %) und in Innsbruck (20 %), welche die Landesgesundheitsfonds diesen Universitätskrankenhäusern zugestehen. (Für Wien wurde dieser Zuschlag im Jahr 2009 abgeschafft.)

A.2.2.2 Antworten auf die sieben Fragen

- | | |
|-------------------------------------|--|
| Sondervergütungen Krankenversorgung | (1) <i>Welches sind die wichtigsten Sondervergütungen im Bereich der universitätsmedizinischen Krankenversorgung?</i> |
| ▶ Tafel 3 | |
| ↑ S. 67 | |
| ↑ S. 75 | <ul style="list-style-type: none"> • Erhöhter Basispreis als Strukturbeitrag für Universitätskrankenhäuser (nur in Graz und Innsbruck, nicht in Wien). • Volle oder weitgehende Defizitdeckung durch das jeweilige Bundesland und die Gemeinden. • Tagespauschalen Intensivmedizin. (Erwachsenen-Stufe 3 kann nur von qualifizierten Zentral- und Schwerpunktkrankenhäusern abgerechnet werden.) • Mehrfachgruppierung (mehrere LDFs⁴ pro Fall) bei Mehrfachleistungen. (Zusätzlich vergütet werden nur die <i>Leistungskomponenten</i> der zusätzlichen LDFs.) • Förderung des Transplantationswesens. • Investitionskosten. |
| ↑ S. 72 | |
| ↑ S. 70 | |
| ↑ S. 65 | |
| ↑ S. 65 | |

⁴ LDF = Leistungsbezogene Diagnosen-Fallgruppen.

<p>(2) <i>Wie wurden die Sondervergütungen begründet?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Die LDF-Pauschalen decken die Kosten nicht. Ohne Faktoren auf den Basispreis und weitere Beiträge zur Defizitdeckung könnten die Krankenhäuser nicht überleben. • Mehrfachleistungen und intensivmedizinische Tagespauschalen werden über Differenzen begründet, die mit dem LDF-Kalkulationsmodell ausgewiesen werden. 	<p>Begründungen</p>
<p>(3) <i>Nach welchen Prinzipien wurden die Sondervergütungen ausgestaltet?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tagespauschalen für Intensivmedizin als LDF-Sonderregelung. • Faktor auf Basispreis. • Defizitbeiträge. 	<p>Ausgestaltung</p> <p>↑ S. 72 ↑ S. 67 ↑ S. 75</p>
<p>(4) <i>Wie wurden die Sondervergütungen berechnet?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vergütungen bei Mehrfachleistungen und für die Intensivmedizin beruhen auf Kostenanalysen, die nur in Abständen von mehreren Jahren durchgeführt werden. • Anschliessende Kostenkalkulationen ergaben (zum Teil) noch immer erhöhte Kosten pro LDF-Punkt. 	<p>Kalkulation</p> <p>↑ S. 71 ↑ S. 67</p>
<p>(5) <i>Welche Aspekte der Vergütungs-differenzierungen werden diskutiert?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Es fehlt eine einheitliche Kostenträgerrechnung. Kostenvergleiche sind problematisch. • Die Faktoren auf dem Basispreis wurden unterschiedlich akzeptiert: In Graz (Steiermark) stieg er von anfänglich 1.15 auf 1.3 im Jahre 2011, in Innsbruck sank er im gleichen Zeitraum von 1.4 auf 1.2, und in Wien fiel die anfänglich zweifaktorielle Gewichtung im Jahr 2009 gänzlich weg. • Die LKF⁵-Vergütungen – die Vergütungen zusätzlich und/oder ausserhalb der LDF-Pauschalen – sollten über alle Bundesländer vereinheitlicht werden. 	<p>Diskussion</p> <p>↑ S. 77 ↑ S. 67</p>
<p>(6) <i>Welches sind die wichtigsten weiteren Sondervergütungen? (Forschung, Lehre, fachärztliche Weiterbildung)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Für Forschung und Lehre gibt es eine Entschädigung des <i>Klinischen Mehraufwandes</i> mit politisch ausgehandelten (und immer wieder umstrittenen) Beiträgen pro Universitätskrankenhaus. • Die Gehälter der in Forschung und Lehre tätigen Ärzte werden vorwiegend vom Bund übernommen. (In Wien zu 100 %, in Graz und Innsbruck aber nur zu 50 %.) • (Keine Recherchen zur Vergütung der fachärztlichen Weiterbildung.) 	<p>Weitere Sondervergütungen</p> <p>↑ S. 62 ↑ S. 63 ↑ S. 64</p>

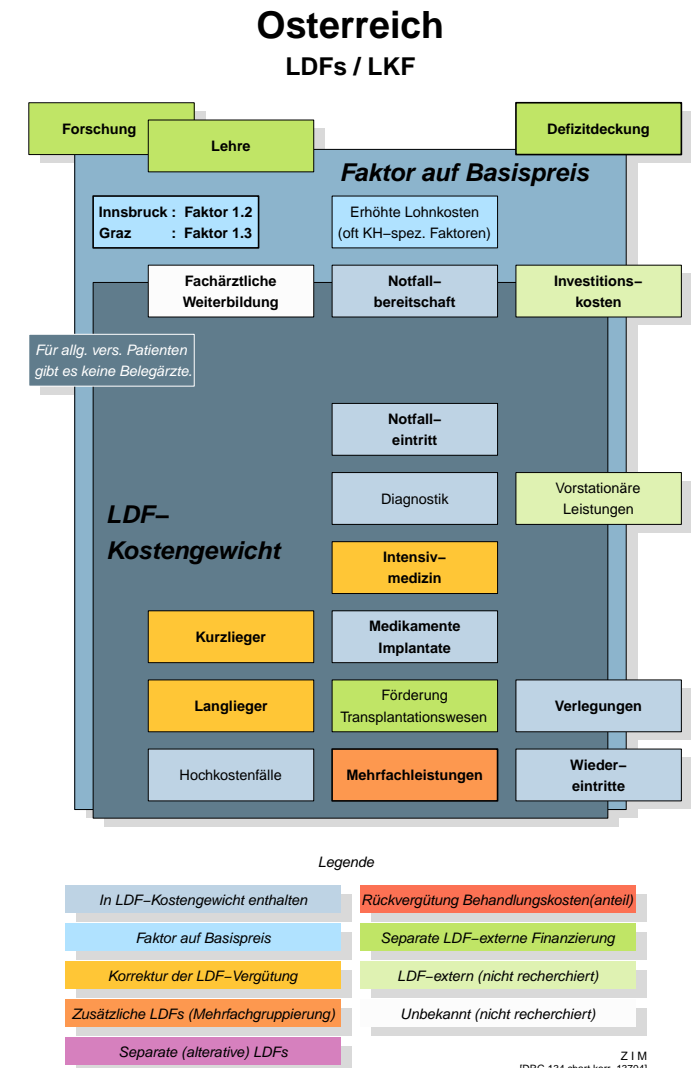
⁵ LKF = Leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierung.

Weitere Diskussionen
↑ S. 77

↑ S. 62

- (7) *Welche Diskussionen ergaben sich dabei?*
- Es fehlt eine Bundesverordnung zum *Klinischen Mehraufwand* zur Vergütung von Forschung und Lehre.
 - Die Vergütung des *Klinischen Mehraufwandes* sei zu kompliziert. Es fehlt ein anerkanntes Berechnungsmodell.

Tafel 3:
Österreich:
LDF/LKF-
Vergütungs-
korrekturen



A.2.3 England (Grossbritannien)

A.2.3.1 Die wichtigsten Lösungsansätze

Gesundheitsversorgung und Finanzierung werden in England durch den zentralen *National Health Service (NHS)* sichergestellt.

Spezialvergütungen für Universitätskrankenhäuser gibt es nur im Bereich der ärztlichen Ausbildung und der fachärztlichen Weiterbildung. Sie gelten auch für nicht-universitäre Lehrkrankenhäuser.

Es gibt aber Vergütungsregelungen, von denen die Universitätskrankenhäuser und die Krankenhäuser der Maximalversorgung besonders profitieren, allen voran das übergeordnete Prinzip der «flexiblen» lokalen Preisverhandlungen, dann auch der Zuschlag bei seltenen Erkrankungen und Spezialistenbehandlungen (*specialised care*), zusätzliche Patientenkategorien (*HRGs*⁶) für teure Materialien (Implantate) und Medikamente sowie verhandelbare Preise für Intensivbehandlungen.

Der Referenzkostenindex zeigt zwar, dass die Streuungen der HRG-bereinigten Kosten der Universitätskrankenhäuser und der übrigen Krankenhäuser vergleichbar sind. Da die Qualität der Kostendaten bezweifelt wird, kann daraus aber nicht bereits geschlossen werden, dass das HRG-basierte Vergütungssystem die Kostenunterschiede für beide Krankenhaustypen gleich gut abdeckt.

In Zukunft sollen verhandelbare Preise einen noch grösseren Stellenwert erhalten.⁷

A.2.3.2 Antworten auf die sieben Fragen

(1) Welches sind die wichtigsten Sondervergütungen im Bereich der universitätsmedizinischen Krankenversorgung?

- Zuschlagsfaktoren für Spezialistenbehandlungen.
- Das Fallpauschalensystem soll «flexibel» gehandhabt werden.
- Lokale Preisverhandlungen sind vorgesehen. (Gilt für Schottland nicht.)
- Zusatz-HRGs für teure Materialien und Medikamente.
- Zusatz-HRGs für Notfalleintritte und separate Kostengewichte für nicht-elektive Behandlungen.
- Intensivmedizin: Verhandelbare HRG-Tagespauschalen.
- Marktkräftefaktoren zur Abbildung erhöhter Lohnkosten.

↑ Details: S. 83
↑ Kurzfassung: S. 118

Lehre und
Weiterbildung

Flexibilitäten
und Zuschläge

Qualität der
Kostendaten?

Verhandelbare
Preise

Sondervergütungen
Krankenversorgung

► Tafel 4

↑ S. 102

↑ S. 95

↑ S. 112

↑ S. 111

↑ S. 109

↑ S. 107

↑ S. 101

⁶ HRG = Healthcare Resource Groups.

⁷ Vgl. <http://www.monitor-nhsft.gov.uk/monitors-new-role/regulating-prices-nhs-funded-care/future-pricing-arrangements> [2013-03].

Begründungen

↑ S. 95

Ausgestaltung

↑ S. 106

↑ S. 112

Kalkulation

↑ S. 102

↑ S. 97

Diskussion

↑ S. 117

↑ S. 102

↑ S. 109

↑ S. 107

Weitere
Sondervergütungen

↑ S. 90

↑ S. 93

Weitere
Diskussionen

(2) Wie wurden die Sondervergütungen begründet?

- Kostenanalysen zeigten Unterschiede.
- Eine gute Behandlung hat Vorrang vor sturem Regelwerk. (Das führte zu den «Flexibilitäten», d. h. der Möglichkeit von Verhandlungen über Leistungen und Preise.)

(3) Nach welchen Prinzipien wurden die Sondervergütungen ausgestaltet?

- Faktoren auf den Basispreis: für Spezialistenzuschlag, Investitionskosten, Marktkräftefaktor.
- Mehrfachgruppierung: Einem Fall können neben einer Kern-HRG zusätzliche «entbündelte» HRGs zugeordnet werden.
- Die Möglichkeit zu verhandeln wurde explizit festgehalten. Es wird differenziert nach Verhandlungen über Preise von vordefinierten HRGs und Verhandlungen über Leistungen, d. h. Inhalte von Leistungsbündeln können ausgehandelt werden.

(4) Wie wurden die Sondervergütungen berechnet?

- Die Zuschläge für Spezialistenbehandlungen wurden über ein ökonomisches Modell vorgeschlagen und in einem politischen Prozess festgelegt.
- Bei der HRG-Kalkulation konnten Kostendifferenzen zwischen elektiven und nicht-elektiven Behandlungen ausgemacht werden (bei allerdings unsicherer Datenqualität).
- Die über zusätzliche HRGs vergüteten Leistungen wurden ebenfalls kalkuliert.

(5) Welche Aspekte der Vergütungsdifferenzierungen werden diskutiert?

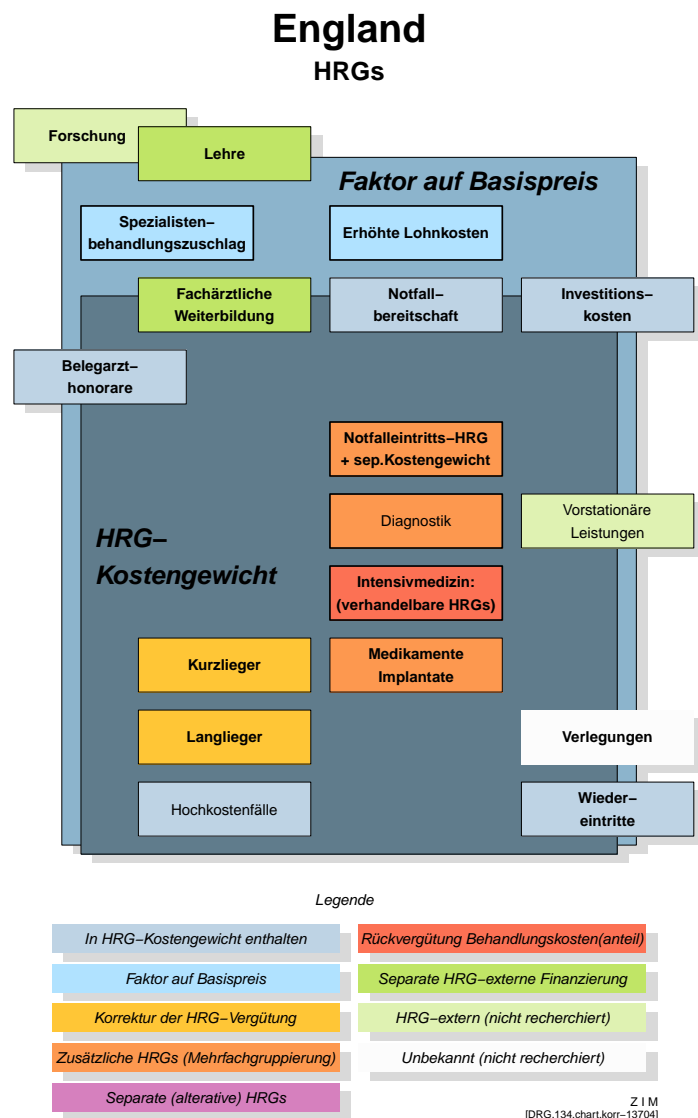
- Die Qualität der Kostendaten muss verbessert werden.
- Die Berechnung der Spezialistenzuschläge ist instabil.
- Das Modell des Abschlags bei notfallmässigen Wiedereintritten muss überarbeitet werden.
- Die verhandelbaren pädiatrischen intensivmedizinischen (tagesbezogenen) Zusatz-HRGs sollen aus der HRG-Liste entfernt werden.

(6) Welches sind die wichtigsten weiteren Sondervergütungen? (Forschung, Lehre, fachärztliche Weiterbildung)

- Zuschüsse für Lehre und fachärztliche Weiterbildung.
- (Keine Recherchen zur Finanzierung der Forschung.)

(7) Welche Diskussionen ergaben sich dabei?

- Es mangelt an Transparenz bezüglich der Mittelverwendung dieser Zuschüsse.



Tafel 4:
England: HRG-
Vergütungs-
korrekturen

Marktwirtschaftliche Elemente
 ↑ Details: S. 123
 ↑ Kurzfassung: S. 137

30 % staatliche Zuschüsse für Uni-KH

Sondervergütungen Krankenversorgung
 ▶ Tafel 5
 ↑ S. 131
 ↑ S. 134

↑ S. 134
 ↑ S. 132

Begründungen
 ↑ S. 136

Ausgestaltung

Kalkulation
 ↑ S. 131

A.2.4 Niederlande

A.2.4.1 Die wichtigsten Lösungsansätze

Hinter vielen Regelungen in den Niederlanden stehen Bemühungen, marktwirtschaftliche Elemente in den Krankenhausmarkt einzubringen. Deshalb wurde der Anteil der verhandelbaren Fallpauschalen (DBC-ZP-Vergütungen) auf drei Viertel erhöht. (Allerdings gilt die Einschränkung, dass Maximalpreise festgelegt wurden.)

Für die Universitätskrankenhäuser gibt es dessen ungeachtet hohe staatliche Zuschüsse für fachärztliche Weiterbildung, Forschung und Krankenversorgung im Bereich der Maximalversorgung. Sie betragen 2010 30 % des Budgets.⁸ Hinzug kamen projektbezogene staatliche Forschungsbeiträge von 2.4 %.

A.2.4.2 Antworten auf die sieben Fragen

(1) Welches sind die wichtigsten Sondervergütungen im Bereich der universitätsmedizinischen Krankenversorgung?

- Strukturbeitrag «Akademische Komponente für die Maximalversorgung».
- Zusatzvergütungen ausschliesslich für anerkannte Spezialabteilungen: für teure Medikamente und für Medikamente zur Behandlung seltener Krankheiten.
- Zusatzvergütungen für Intensivmedizin.
- Eine steigende Zahl von Fallpauschalen (DBC-ZP⁹-Pauschalen) ist verhandelbar. Es sind Maximalpreise festgelegt.

(2) Wie wurden die Sondervergütungen begründet?

- Die DBC-ZP-basierte Vergütung ist stark marktwirtschaftlich orientiert. Im Bereich der Maximalversorgung aber versage der Markt.

(3) Nach welchen Prinzipien wurden die Sondervergütungen ausgestaltet?

- Zuschüsse des Gesundheitsministeriums.
- Zusätzliche Patientenkategorien (Add-ons).

(4) Wie wurden die Sondervergütungen berechnet?

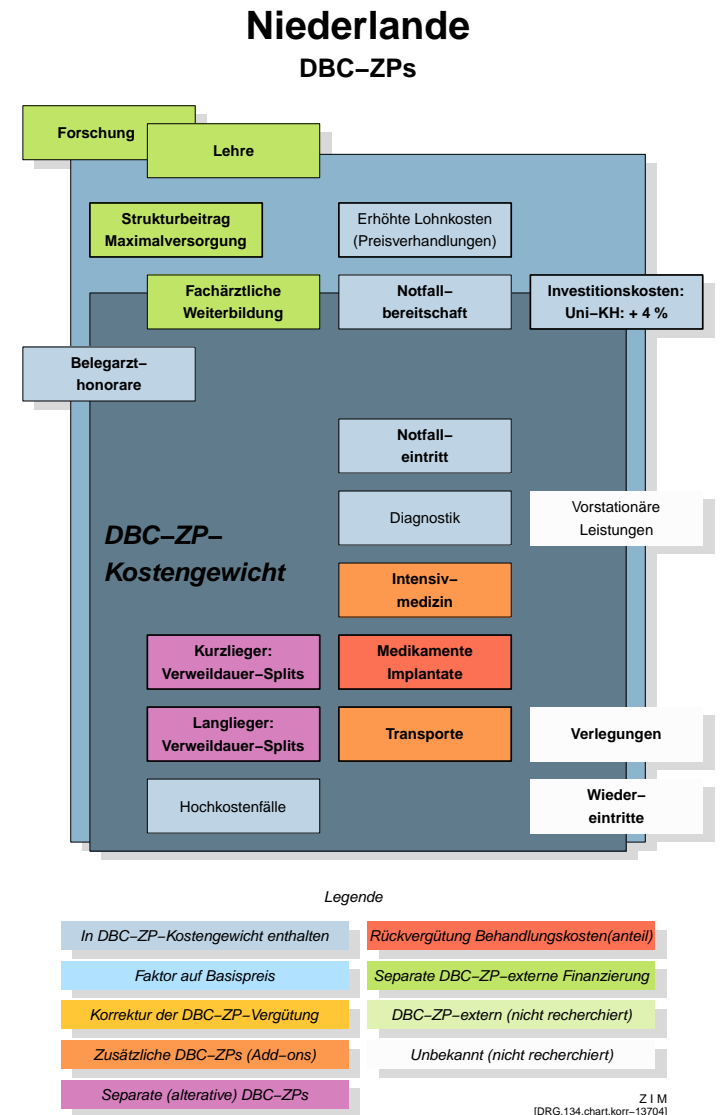
- Die «akademische Komponente für die Maximalversorgung» basiert auf historischen Werten.
- Die Zusatzvergütungen wurden anhand von Fallkostendaten kalkuliert.

⁸ Forschung und Lehre 22.8 % + «akademische Komponente» Maximalversorgung 7.2 % = 30 %.

⁹ DBC = Diagnose-Behandeling-Combinaties. DBC-ZP = DBC-Zorgproduct.

- (5) Welche Aspekte der Vergütungs-differenzierungen werden diskutiert? Diskussion
- Auch andere Institutionen als Universitätskrankenhäuser sollen aus der «akademischen Komponente» staatliche Fördermittel beantragen können. ↑ S. 136
 - Die Transparenz der Mittelverwendung muss verbessert werden.
 - Die «akademische Komponente» wird schrittweise gekürzt werden.
- (6) Welches sind die wichtigsten weiteren Sondervergütungen? (Forschung, Lehre, fachärztliche Weiterbildung) Weitere Sondervergütungen
- «Akademische Komponente für die Forschung» des Gesundheitsministeriums. ↑ S. 127
 - Fakultätsbeiträge und Werkplatzbeiträge des Ministeriums für Bildung und Wissenschaft. ↑ S. 125
 - Facharzt-Weiterbildungsfonds des Gesundheitsministeriums. ↑ S. 127
 - Zusätzliche Investitionskosten. ↑ S. 131
- (7) Welche Diskussionen ergaben sich dabei? Weitere Diskussionen
- (nicht recherchiert)

Tafel 5:
Niederlande:
DBC-Vergütungs-
korrekturen



A.2.5 Vereinigte Staaten Amerikas

A.2.5.1 Die wichtigsten Lösungsansätze

Die DRG-basierte Vergütung gilt in den USA für Patienten der staatlichen Versicherungen *Medicare* und *Medicaid*.

Für die Mehrkosten der universitätsmedizinischen Krankenversorgung gibt es zwar keine direkten Vergütungen, dafür aber gewichtige Zuschläge auf die Basispreise: Der Median der Betriebskosten-Zuschläge für die indirekten Kosten der fachärztlichen Weiterbildung (*IME*¹⁰) lag bei den Universitätskrankenhäusern bei 23 % (übrige Krankenhäuser: 0 %); der Median der Betriebskosten-Zuschläge für die Behandlung überdurchschnittlich vieler mittelloser Patienten (*DSH*¹¹) lag bei den Universitätskrankenhäusern bei 20 % (übrige Krankenhäuser: 10 %).

Beide Zuschläge basieren auf ökonomischen Modellen und deren statistischen Hypothesen. Sie wurden zu Recht immer wieder kritisch diskutiert: Einerseits wurden die Zuschläge aus politischen Gründen deutlich über den Resultaten der Modellrechnungen angesetzt. Andererseits ist es umstritten, ob die Differenzen der Fallkosten nur aufgrund der beiden Faktoren und nicht auch infolge anderer kostenrelevanter Variablen entstehen.

Speziell zum Tragen kommt für Universitätskrankenhäuser auch die zusätzliche Vergütung von Hochkostenfällen: Es werden 80 % der Behandlungsfallkosten oberhalb eines Grenzwertes von gut US\$ 20 000 vergütet.

A.2.5.2 Antworten auf die sieben Fragen

(1) Welches sind die wichtigsten Sondervergütungen im Bereich der universitätsmedizinischen Krankenversorgung?

- Indirekte Kosten der fachärztlichen Weiterbildung (*IME*).
- Zuschlag für die Behandlung mittelloser Patienten (*DSH*).
- Übernahme von 80 % der Zusatzkosten bei Hochkostenfällen.
- Lohnkostenindex.
- Investitionskosten.

(2) Wie wurden die Sondervergütungen begründet?

- Die Kosten pro DRG-Punkt variieren. Mit ökonomischen Modellen wurden die Kostendifferenzen den Variablen <Anzahl Assistenzärzte pro Bett> und <Anteil mittelloser Patienten> zugeordnet. Da die Berechnungen eine akzeptable Erklärungskraft hatten, wurden die erklärenden Modellvariablen als Grund für die Kostendifferenzen akzeptiert und in die politische Diskussion eingebracht.

↑ Details: S. 139
↑ Kurzfassung: S. 163

Universitäre
Mehrkosten

Ökonomische
Schätzungen

Hochkostenfälle

Sondervergütungen
Krankenversorgung

► Tafel 6
↑ S. 147
↑ S. 151
↑ S. 159
↑ S. 158
↑ S. 156

Begründungen

↑ S. 161
↑ S. 154

Ausgestaltung

↑ S. 159

↑ S. 158

Kalkulation

↑ S. 154

↑ S. 159

Diskussion

↑ S. 161

↑ S. 153

Weitere
Sondervergütungen

↑ S. 147

↑ S. 146

Weitere
Diskussionen

↑ S. 161

(3) Nach welchen Prinzipien wurden die Sondervergütungen ausgestaltet?

- Hochkostenfälle: Anteil an der Differenz zwischen den geschätzten Ist-Kosten und den erwarteten Kosten.
- Übrige Sondervergütungen: Faktoren auf dem Basispreis.

(4) Wie wurden die Sondervergütungen berechnet?

- Für *IME* und *DSH* wurden ökonomische Modelle aufgesetzt. In politischen Prozessen wurden erhöhte Ansätze festgelegt.
- Bei Hochkostenfällen werden die Ist-Kosten anhand des Fakturabetrages und der krankenhausspezifischen Kosten-Ertrags-Rate (*cost-to-charge ratio*) geschätzt.

(5) Welche Aspekte der Vergütungs-differenzierungen werden diskutiert?

- Gemäss einer Studie von 2003 sei befürchtet worden, dass die Lehrkrankenhäuser ihre Aufgaben nicht mehr erfüllen könnten, wenn die Zuzahlungen auf die Resultate der ökonomischen Berechnungen gekürzt würden.¹²
- Im Rahmen der aktuellen Gesundheitsreform wird der *DSH*-Zuschlag den ökonomischen Befunden angepasst und auf 25 % des bisherigen Betrages gekürzt.
- 2010 wurde vorgeschlagen, die *IME*-Zahlungen (für die indirekte fachärztliche Weiterbildung) an Leistungsnachweise zu koppeln.

(6) Welches sind die wichtigsten weiteren Sondervergütungen? (Forschung, Lehre, fachärztliche Weiterbildung)

- Direkte Weiterbildungskosten (*DGME*¹³).
- (Keine Recherchen zur Finanzierung von Forschung und Lehre.)

(7) Welche Diskussionen ergaben sich dabei?

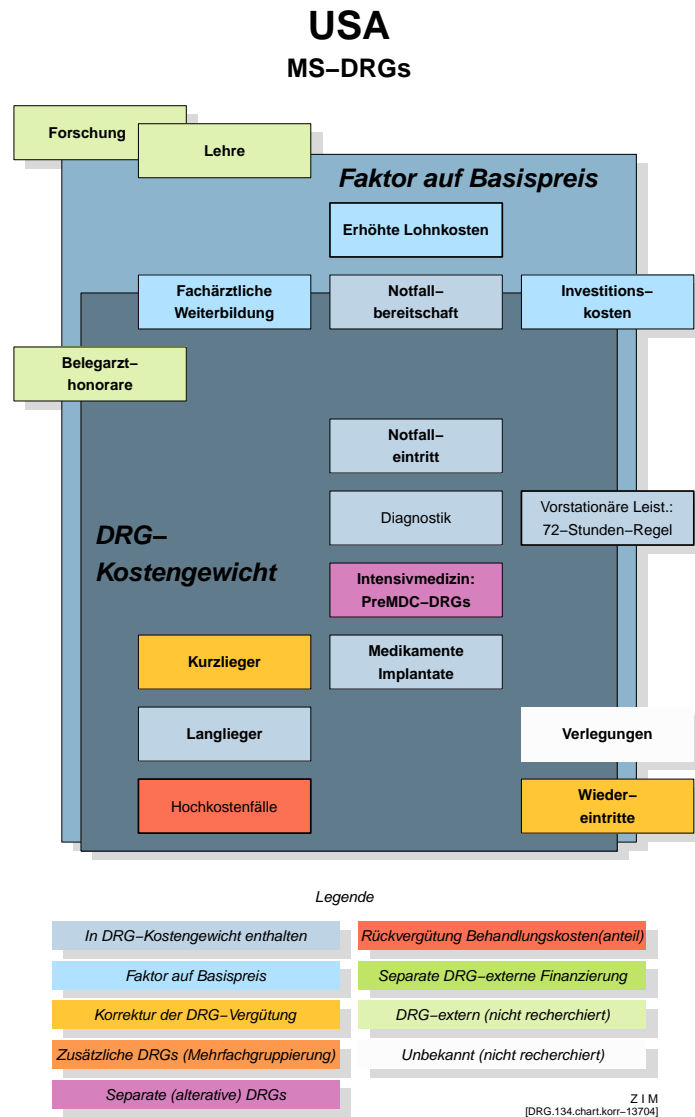
- Die direkten Zahlungen für die fachärztliche Weiterbildung sollten auf 120 % des durchschnittlichen Assistenzarztgehaltes begrenzt werden.
- Es sollte nicht nur die fachärztliche Weiterbildung finanziert werden.
- Die Zahlungen dürfen sich nicht hauptsächlich auf urbane Zentren konzentrieren.

¹⁰ *IME* = Indirect Medical Education.

¹¹ *DSH* = Disproportionate Share Hospital.

¹² Koenig et al. [Mission Related Costs, 2003]: 113.

¹³ *DGME* = Direct Graduate Medical Education.



Tafel 6:
USA: DRG-
Vergütungs-
korrekturen

B Einführung

B.1 Einleitung

DRG-basierte
Fallpauschalen

DRG¹-basierte Fallpauschalen werden gewöhnlich eingeführt, um akutstationäre Behandlungen möglichst kostenadäquat zu vergüten. «Kostenadäquat» meint heutzutage aber nicht mehr: kostendeckend für das einzelne Krankenhaus, sondern: den Kosten einer wirtschaftlichen (und zweckmäßigen) Leistungserbringung entsprechend.

Vorgänger von DRG-basierten Vergütungssystemen waren oft mehr oder weniger simple Kostenrückerstattungsmodelle. Es wurden z. B. krankenhausspezifische Tagespauschalen vereinbart, die den durchschnittlichen Betriebskosten pro Pflegetag des betreffenden Krankenhauses entsprachen.

Davon wollte man sich mit der DRG-basierten Vergütung lösen.

Die Vergütungssätze in den neuen Systemen entsprechen nicht mehr den Kosten des einzelnen Krankenhauses. Sie werden anhand der durchschnittlichen Kosten aller Krankenhäuser eines Landes (oder einer Region) berechnet.

Medizinische
Differenzierung
nach
Aufwändigkeit

DRGs (und verwandte Patientenkategorisierungssysteme) differenzieren die Behandlungsfälle hauptsächlich aufgrund von medizinischen Informationen nach deren Aufwändigkeit. Berücksichtigt werden primär die vorliegenden Diagnosen sowie die Bezeichnungen der durchgeführten Behandlungen (Operationen und ausgewählte weitere Behandlungsverfahren). Bei manchen DRGs werden Informationen über die Beatmung und die intensivmedizinische Aufwändigkeit miteinbezogen, bei anderen das Geburtsgewicht und vereinzelt auch die Verweildauer.

Durch diese Differenzierung nach aufwändigen und weniger aufwändigen Behandlungsfällen wird der sehr unterschiedlichen universitätsmedizinischen Patientenschaft, die teilweise sehr komplexe medizinische Probleme aufweist, deutlich besser Rechnung getragen als mit der blossen Addition von Behandlungstagen.

Kosten der Uni-
versitätsmedizin

Man könnte deshalb erwarten, dass sich die Durchschnittskosten von Universitätskrankenhäusern nach einer DRG-basierter Gewichtung nicht mehr stark von den Durchschnittskosten der übrigen Akutkrankenhäuser unterscheiden. Vielerorts tun sie dies aber trotzdem noch.

¹ DRG = Diagnosis Related Groups. – Vgl. Fetter et al. [DRGs, 1980]; Fetter et al. [DRGs, 1991]; Fischer [PCS, 1997].

Es ist deshalb zu fragen:

- ob die DRGs nicht in der Lage sind, die Unterschiede der erbrachten Leistungen genügend differenziert abzubilden,
- ob es gerechtfertigte Mehrkosten der Universitätsmedizin gibt, die nicht über die DRG-Pauschalen vergütet werden dürften,
- oder ob die Leistungen unwirtschaftlich erbracht wurden.

Ursachen von Mehrkosten?

Antworten?

Im Rahmen dieser Studie wurde in vier zu untersuchenden Ländern nach Antworten zu diesen Fragen gesucht.

Es zeigte sich, dass zwar in allen diesen Ländern akzeptiert wird, dass Universitätskrankenhäuser Mehrkosten haben, dass aber die Fragen nach deren Ursachen nirgends wirklich differenziert studiert wurden. Trotzdem wurden überall einzelne Sondervergütungen eingerichtet, die ausschliesslich für Universitätskrankenhäuser gelten oder von denen sie besonders profitieren.

Die Lösungsansätze sind recht unterschiedlich: Manche Länder begnügen sich damit, aufgrund unterschiedlicher Kosten höhere Basispreise zu vergüten. Teilweise wurden Zusatzvergütungen (Zusatzentgelte) geschaffen. Diese betreffen meist kostspielige Medikamente und Implantate. In manchen Ländern werden bestimmte Aufgaben – insbesondere die fachärztliche Weiterbildung oder auch Bereitschaftsdienste – nach speziellen Regeln vergütet.

Es zeigte sich im Weiteren: Bei diesen Lösungen geht es oft nicht ausschliesslich nur um die Universitätsmedizin. Es sind auch Leistungen betroffen, die andere Krankenhäuser anbieten, insbesondere auch solche der Schwerpunkt- und Zentrumsmedizin. Oder Leistungen, nach denen DRG-Systeme nicht differenzieren, die aber – unabhängig vom Krankenhaustyp – nicht durchgängig angeboten werden, wie z. B. Bereitschaftsdienste.

Sollen die Diskussionen im Inland fruchtbar weitergeführt werden, genügt es nicht, sich nur zu überlegen, welche Lösungsansätze aus anderen Ländern übernommen werden könnten. Besonders hilfreich ist es auch zu wissen, wie die Lösungsansätze in anderen Ländern begründet werden.

Themenbezogene Betrachtung

Begründungen kennen

Auftrag vom VUD

Beschränktes Studienbudget

Kap. B

► S. 29

Kap. C

↑ S. 47

↑ Tafel 11 (S. 55)

Kap. D bis Kap. G

↑ S. 57

B.2 Auftrag und Aufbau der Studie

Diese Studie entstand im Auftrag des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD). Mit einem beschränkten Budget sollten Lösungen zur Vergütung der Universitätsmedizin in Ländern mit DRG-basierten Vergütungsmodellen kurz beschrieben werden. Besonders interessierten die Regelungen bezüglich der Krankenversorgung, in zweiter Linie auch jene bezüglich der fachärztlichen Weiterbildung und der übrigen universitätsmedizinischen Aufgaben. Zur Untersuchung aufgegeben wurden die Vergütungssysteme aus Österreich, Grossbritannien, den Niederlanden und den USA.

Manche Vergütungsformen, die speziell Universitätskrankenhäusern zu gute kommen, können auch von anderen Krankenhäusern in Anspruch genommen werden, insbesondere von solchen der Zentrums- und Schwerpunktversorgung. Deshalb konnte nicht eine einfache Abgrenzungslinie gezogen werden; es gab Themen, die eher am Rande, andere, die zentraler interessierten.

Infolge des beschränkten Studienbudgets konnten nicht alle Themenbereiche gleich detailliert bearbeitet werden. Deshalb wird Einzelnes in dieser Studie bruchstückhaft erscheinen. So werden beispielsweise zu Österreich Krankenhaustypen aufgelistet und Hinweise auf die Krankenhausplanung gegeben (S. 58). Zum niederländischen Krankenhauswesen wurden jedoch keine Recherchen unternommen (S. 123). Dies wurde im Text entsprechend vermerkt.

Im Weiteren wurden z. T. vorhandene ältere Recherchen zu Nebenthemen genutzt. Ein Beispiel ist der Überblick zum Medicare-Medicaid-Versicherungssystem in den USA (S. 140).

Alles in allem ergab sich aber ein interessantes Kaleidoskop von Lösungsansätzen und Einsichten.

In der Einleitung, die Sie gerade lesen, geht es um Begriffliches und um grundsätzliche Modifikationsmöglichkeiten in DRG-Systemen.

Im nächsten Kapitel wird die Problematik der Kostentrennung und der Vergütungsmöglichkeiten der Universitätsmedizin besprochen. Im Anschluss daran wird anhand einer einseitigen Tabelle ein Überblick über die in den vier Ländern gewählten Lösungsansätze gegeben.

Dann folgen einzelne Kapitel zu den untersuchten Ländern: Österreich, England (Grossbritannien), Niederlande, USA. Es wurden bewusst sehr viele Fussnoten mit Referenzen auf die Quellen eingefügt, einerseits, um dem Leser selbst die Möglichkeit zu geben, sich detaillierter mit einzelnen Punkten auseinanderzusetzen, andererseits, damit ich als Autor wo nötig den Faden für zusätzliche Arbeiten gezielt wieder aufnehmen kann. Am Schluss jedes Länderkapitels wurden die wichtigsten Regelungen zusammengefasst.

Im Anhang gibt es ein ausführliches Abkürzungsverzeichnis samt zugehörigen Internetverweisen, eine Referenzliste auf die verwendete Literatur sowie ein Stichwortverzeichnis.

Kap. H: Anhang
↑ S. 169

B.3 Lesehinweise

Jahreszahlen
mit «+»

Um den Lesefluss zu verbessern, wurden Jahresangaben, die nicht Kalenderjahren entsprechen, mit einem Plus verkürzt. Zum Beispiel wurde «2013/14» geschrieben als «2013+».

NHS-Geschäftsjahr
USA: Fiskaljahre

In Großbritannien beginnt das NHS-Geschäftsjahr am 1. April. In den Quellen aus den USA wird von Fiskaljahren gesprochen. Dies wurde meist so übernommen. Das amerikanische Fiskaljahr beginnt am 1. Oktober des Vorjahres. (Das Fiskaljahr 2013 begann also am 1.10.2012.)

Querverweise:

In diesem Buch gibt es zwei Arten von internen Querverweisen:

► direkter Verweis
↑ Querverweis

- Verweise auf Tafeln, die unmittelbar zum Text gehören.
- Verweise auf Tafeln oder Abschnitte, die in anderen Teilen des Buches zu finden sind.

Blaue Verweise auf
Tabellen und Seiten

In der Pdf-Datei gibt es in den Marginalien und im Inhaltsverzeichnis blau eingefärbte Tabellen- und Seitennummern. Durch einen Mausklick gelangt man direkt zur referenzierten Seite.

Graue Verweise
ins Internet

In Internetadressen wurden Abstände eingefügt, damit die Zeilen schöner umgebrochen werden können. Falls man solche Internetadressen kopieren will, muss man vor deren Benutzung Abstände und allfällige Trennstriche an Zeilenenden entfernen. In der elektronischen Version dieses Textes wird beim Anklicken mit der Maus die hinterlegte unformatierte Version der Internetadresse aktiviert und führt direkt zur gewünschten Internetseite.

Solche Internetverweise im Text sind grau gedruckt. Da die Inhalte im Internet z. T. sehr schnelllebig sind, kann es sein, dass manche Verweise bereits zum Zeitpunkt des Lesens nicht mehr gültig sind. In solchen Fällen kann es sich lohnen, im Internet nach Titel und Autor zu suchen, um einen allfälligen neuen «Standort» ausfindig zu machen.

Aktive Zonen unter
«http://» bzw. unter
Erscheinungsjahr

Bei mehrzeiligen Internetverweisen ist die aktive Zone softwarebedingt oft schwer auffindbar. Deshalb wurde eine separate aktive Zone unter den Internetprotokollnamen gelegt (meist «http://») und bei Literaturreferenzen in den Fussnoten unter die Jahreszahl.

Internetseiten
des NHS wurden
gezügelt

Im Zuge der Reorganisation des englischen *NHS* wurden die bisher eigenständigen Internetseiten des Gesundheitsdepartements Ende März 2013 zentralisiert unter <http://www.gov.uk> geführt. Das kann vereinzelt auch zur Folge haben, dass im ersten Quartal 2013 gesammelte Internetreferenzen für den Leser nicht mehr gültig sind.

B.4 Begriffe

B.4.1 Versorgungsstufen

«Eine verbreitete Klassifikation der medizinischen Versorgung unterscheidet drei Sektoren:»²

- «Die medizinische *Grundversorgung* (englisch *primary care*, «Hausarztmedizin») wird von Arztpraxen, allgemeinen Krankenhausambulanzen und anderen öffentlichen ambulanten Einrichtungen getragen. Etwa 90 Prozent der akuten und chronischen Gesundheitsprobleme sollen auf dieser kostengünstigen und flächendeckenden Ebene behandelt werden. Grundversorgung
- Die *sekundäre Versorgung* (englisch *secondary care*, Schwerpunktversorgung, «Facharztmedizin») bilden niedergelassene und angestellte Fachärzte aller Richtungen sowie andere Spezialisten, die auf Überweisung der Primärärzte tätig werden. Die Facharztbehandlung findet ambulant oder stationär (nach Aufnahme in einem Krankenhaus) statt. Innerhalb dieses Sektors werden Notaufnahmen, Intensivstationen, Operationssäle, Labor- und Röntgendiagnostik, Physikalische Therapie vorgehalten. Schwerpunktversorgung
- Die *tertiäre Versorgung* (*tertiary care*, Maximalversorgung) beruht auf spezialisierten Kliniken und Zentren, die größere Regionen oder mehrere Städte mit besonders teuren und aufwendigen Leistungen versorgen, etwa Unfall- und Verbrennungskliniken, Krebszentren, Transplantationskliniken und neonatologische Zentren.» Maximalversorgung

Nach der *European Hospital and Healthcare Federation (HOPE)* ist die Organisation der krankenhausbasierten Gesundheitsversorgung in den meisten europäischen Ländern dreistufig, bestehend aus lokalen Krankenhäusern, Krankenhäusern der sekundären Versorgung (*general hospitals*) und regionalen oder nationalen Krankenhäusern der tertiären Versorgung. Ergänzt werden diese Krankenhäuser zunehmend von Spezialkrankenhäusern, die sich auf eine oder einzelne Fachdisziplinen spezialisiert haben.³

Die Universitätsmedizin gehört zur tertiären Versorgung, d. h. zur Maximalversorgung. Universitätsmedizin

² <http://de.wikipedia.org/wiki/Medizin> [2013-02]

³ Vgl. HOPE [Hospitals in EU, 2009]: 106 ff.

B.4.2 Universitätsmedizin

Aufgaben von
Universitäts-
krankenhäusern

Die Aufgaben von Universitätskrankenhäusern können in drei Bereiche aufgeteilt werden:⁴

1. Forschung:

- Biomedizinische Grundlagenforschung.
- Klinische Erprobungen.
- Erstanwendungen der meisten medizinischen Innovationen.
- Versorgungsforschung.

2. Lehre und fachärztliche Weiterbildung:

- Lehre⁵: Ärztliche Ausbildung (Medizinstudium).⁶
- Weiterbildung zum Facharzt.

3. Krankenversorgung (Patientenversorgung):

- Überdurchschnittlich häufige Versorgung von unklaren Fällen, schwerstkranken Patienten und seltenen Erkrankungen.

↑ Begriffsklärung S. 37

⁴ Angelehnt an: Albrecht et al. [Finanzierung Universitätsmedizin, 2013]: A65. – Es wird von «*Aufgabenverbund*» gesprochen, da sich die drei Hauptaufgaben in der praktischen Umsetzung gegenseitig überlagern. – Diese drei Hauptaufgaben finden sich bei verschiedensten Autoren wieder, so z. B. als «drei Produktlinien» auch bei Newhouse [Teaching Hospitals, 2003]. Koenig et al. [Mission Related Costs, 2003]: 114 (und andere) sprechen bei der dritten Aufgabe (Krankenversorgung) vor allem auch von der Notwendigkeit der Kapazitätsvorhaltung (*maintenance of standby capacity*) für die Behandlung von medizinisch komplexen Patienten.

⁵ Als Lehre wird hier (im Unterschied zu einzelnen anderen Autoren und Ländern) Lehre im engeren Sinne verstanden: Sie bezieht sich nur auf das Arztstudium. – Vgl. dazu die Begriffsklärung auf S. 37.

⁶ In Deutschland werden nahezu alle ÄrztInnen an Universitätskliniken ausgebildet. – Albrecht et al. [Finanzierung Universitätsmedizin, 2013]: A65.

Einzelne dieser Aufgaben werden auch von Nicht-Universitätskrankenhäusern übernommen. Die Aufgabenteilungen sind dabei von Land zu Land verschieden. Zum Beispiel findet die fachärztliche Weiterbildung oft nicht ausschliesslich in Universitätskrankenhäusern statt. Ebenso können die Vorhalteleistungen für Behandlungen schwerer und komplexer Fälle mit Zentralversorgern und Referenzzentren geteilt werden.

Manche Aufgaben wie Notfallbereitschaft oder die erwähnte Versorgungsbereitschaft für komplexe und schwierige Behandlungen teilen zwar Universitätskrankenhäuser mit anderen Akutkrankenhäusern. Der Unterschied besteht aber darin, dass diese Aufgaben von den Universitätskrankenhäusern obligatorisch, von den andern Krankenhäusern (zum Teil) nur fakultativ zu erfüllen sind.

Als ungenügend vergütete Kostenfaktoren von Universitätskrankenhäusern zählen Albrecht et al. für Deutschland auf:⁷

- *Extremkostenfälle.*
In Universitätskliniken sei der Anteil an Extremkostenfällen signifikant höher.
- *Ambulanzpauschalen.*
Hochschulambulanzen seien nur für Forschung und Lehre zugelassen. Vergütet werden Quartalspauschalen. Sie liegen in vielen Bundesländern deutlich unter € 100 pro Patient.
- *Innovationszentren.*
Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) «lehnt eine Finanzierungsbeteiligung in den meisten Fällen mit rechtlichen Begründungen ab»⁸.
- *Fachärztliche Weiterbildung.*
- *Notfallversorgung.*
- *Interdisziplinäre Krankenversorgungszentren.*
Laut Gesetz seien Zuschläge möglich. Sie seien bisher jedoch noch nicht angewandt worden, oder die Krankenkassen verweigerten eine Anerkennung.⁹
- *Seltene Erkrankungen.*
Infolge zu kleiner Fallzahlen sei keine adäquate Kalkulation möglich.
- *Organisationshandicap.*
Aufgabenverbunde (Mischaufgaben) erzeugten höhere Kosten (im Unterschied zur Produktion bei nur einer Kernaufgabe).

Keine durchgehende Ausschliesslichkeit

Obligatorische Aufgaben

Kostenfaktoren in Deutschland

⁷ Albrecht et al. [Finanzierung Universitätsmedizin, 2013]: A66 f.

⁸ Albrecht et al. [Finanzierung Universitätsmedizin, 2013]: A67.

⁹ Albrecht et al. [Finanzierung Universitätsmedizin, 2013]: A67.

B.4.3 Lehre und fachärztliche Weiterbildung

Fachärztliche Weiterbildung gehört in dieser Studie nicht zur «Lehre».

Lehre

Anerkennung als Arzt

In dieser Studie bezieht sich der Begriff «Lehre» nur auf das Arztstudium; die fachärztliche Weiterbildung gehört nicht dazu. Dies entspricht dem gängigen Verständnis der Gesetzgebung in Deutschland¹⁰ und Österreich¹¹.

Es steht aber im Gegensatz zu manchen Autoren und Ländern, die «Lehre» als Oberbegriff zu ärztlicher Ausbildung *und* fachärztlicher Weiterbildung verwenden. Dazu gehört z. B. die Schweiz, wo gemäss Gesetz die Kosten der fachärztlichen Weiterbildung als Teil der Kosten für die universitäre Lehre angesehen werden.¹²

«Lehre» im Ausdruck «Forschung und Lehre» bezieht sich hier also auf die universitäre Ausbildung von Medizinstudenten (*undergraduate medical education*). In einigen Ländern wird das Studium aufgeteilt in eine vor-klinische Ausbildung und klinische Ausbildung. Letztere beinhaltet auch klinische Tätigkeit. Sie erfolgt oft in Lehrkrankenhäusern (*teaching hospitals*), zum Teil auch in Hausarztpraxen (*GP practices*) oder anderen Privatpraxen.

Zum Abschluss der ärztlichen Ausbildung gibt es eine Registrierung als Arzt (Grossbritannien), eine Approbation (Deutschland), ein Arzt Diplom (Schweiz), usw. als Erlaubnis zur Ausübung (unselbständiger) ärztlicher Tätigkeit.

Die Weiterbildung zum Facharzt (*postgraduate medical education*, in den USA auch: *graduate medical education*) erfolgt nach abgeschlossenem Medizinstudium. Sie dauert oft fünf Jahre und länger. Anschliessend ist es z. B. in der Schweiz erst möglich, sich als freiberuflichen (= «niedergelassenen») Arzt zu betätigen.

¹⁰ Interne Referenz: E-Post von R Heyder / VUD vom 22.1.2013: In Deutschland «sind die Kassen für die Finanzierung der fachärztlichen Weiterbildung zuständig. Entsprechend wird Weiterbildung implizit über die DRG finanziert, während Forschung und Lehre über Landeszuschüsse an Uniklinika (Steuermittel) finanziert werden.»

¹¹ Interne Referenz: E-Post von R. Fritsch / BMWF-A vom 29.3.2013.

¹² Art. 49 KVG: «Tarifverträge mit Spitalern: . . . 3. Die Vergütungen nach Absatz 1 dürfen keine Kostenanteile für *gemeinwirtschaftliche Leistungen* enthalten. Dazu gehören insbesondere: a. die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen; b. die Forschung und universitäre Lehre.» – Art. 7 VKL: «Kosten für die universitäre Lehre und für die Forschung: 1. Als *Kosten für die universitäre Lehre* nach Artikel 49 Absatz 3 Buchstabe b des Gesetzes gelten die Aufwendungen für: a. die theoretische und praktische Ausbildung der Studierenden eines im Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die Medizinalberufe geregelten Medizinalberufes bis zum Erwerb des eidgenössischen Diploms; b. die Weiterbildung der Studierenden nach Buchstabe a bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels.»

B.4.4 Universitäts- und Lehrkrankenhäuser

Grundlegendes Kriterium für Universitätskrankenhäuser¹³ ist deren Zugehörigkeit zu einer medizinischen Fakultät einer Universität. Das bedeutet, dass Universitätsprofessoren im liierten Universitätskrankenhaus forschen, lehren und arbeiten – oft in leitender Stellung.

Universitätskrankenhäuser können als solche gelten, weil sie aufgrund der Tradition oder über ein Anerkennungsverfahren auf einer Liste anerkannter Häuser eingetragen sind. Oder sie werden als Universitätskrankenhäuser anerkannt, sobald sie bestimmte Kriterien erfüllen.

Eine Anerkennung ist dann besonders wichtig, wenn gewisse Vergütungen nur entsprechend dem Krankenhausstatus in Anspruch genommen werden können. Sind Vergütungssysteme jedoch so ausgestaltet, dass die Entschädigungen aufgrund der Leistungen erfolgen, tritt der Status in den Hintergrund, und es können – bei entsprechender Ausstattung – auch niederer rangierte Krankenhäuser höher qualifizierte Leistungen abrechnen. Dazu können z. B. komplexe Behandlungen gehören, die über entsprechend hochgewichtete DRGs vergütet werden, oder fachärztliche Weiterbildung aufgrund der Anzahl der ausgebildeten Assistenzärzte.

In Lehrkrankenhäusern werden Medizinstudenten ausgebildet. Darüberhinaus beschäftigen sie auch Ärzte nach Studienabschluss: Assistenzärzte, die sich zu Fachärzten weiterbilden. Diese Assistenzärzte arbeiten unter Aufsicht eines verantwortlichen Facharztes regulär in der Krankenversorgung.

In dieser Studie wird davon ausgegangen, dass Universitätskrankenhäuser immer auch Lehrkrankenhäuser sind.

In Deutschland werden von den meisten Krankenhäusern fachärztliche Weiterbildungen angeboten. (Der Umfang der Angebote variiert stark.) Einige dieser Krankenhäuser bilden als Kooperationspartner der Universitätskliniken als sogenannte Lehrkrankenhäuser auch Medizinstudenten aus. Der weitaus grösste Teil der Lehre findet in den Universitätskrankenhäusern selbst statt.¹⁴

In den USA sind Universitätskrankenhäuser offenbar nicht so klar definiert, und es gibt deshalb verschiedene Einteilungen von Universitäts- und Lehrkrankenhäusern.

Sloan und Valvona unterschieden für die USA drei Typen von Lehrkrankenhäusern (*teaching hospitals*; Zahlen: Anzahl Krankenhäuser im Jahr

Verbunden mit
medizinischer
Fakultät

Anerkennungsmodi

Anerkennungs-
abhängige und
anerkennungs-
unabhängige
Vergütung

Lehrkrankenhäuser

Deutschland

Beispiele USA
↑ S. 142

Typen von Lehr-
krankenhäusern
nach Sloan

¹³ Die Begriffe «Universitätskrankenhaus» und «Universitätsklinikum» verwende ich in dieser Studie synonym.

¹⁴ Interne Referenz: Tel. R. Heyder / VUD.

1982, insgesamt: 863):¹⁵

- «Flaggschiff-» (*flagship*: 116) und andere Mitglieder des Rates der Lehrkrankenhäuser (*other Council of Teaching Hospital (COTH) members*: 198).
- Verbunden mit einer medizinischen Fakultät (*medical school affiliated*: 442).
- Anerkanntes fachärztliches Weiterbildungsprogramm (*approved residency program*: 107).

Integrierte
Lehrkrankenhäuser
nach AAMC

Akademische
Lehrkrankenhäuser

In dieser Studie:

– so definiert

– so bezeichnet

Die *American Association of Medical Colleges (AAMC)* definiert «integrierte Lehrkrankenhäuser» (*integrated teaching hospitals*) als Krankenhäuser, in welchen die Mehrheit der klinischen Leiter auch Departementsvorsteher in der damit verbundenen medizinischen Schule sind.¹⁶

Koenig et al. erwähnen «*Academic health centers and other teaching hospitals*».¹⁷

In dieser Studie wurden zwei Kriterien verwendet:

- Das Krankenhaus ist als Universitätskrankenhaus definiert (Österreich, Niederlande).
- Das Krankenhaus ist als Universitätskrankenhaus bezeichnet: In seinem Namen ist das Wort «Universität» enthalten (England, USA).

¹⁵ «The American Association of Medical Colleges identified "flagship teaching hospitals" as institutions either owned by medical schools or as separate nonprofit and public hospitals but in which the medical school department chairs and hospital chiefs of service are typically the same person.

Other Council of Teaching Hospital member hospitals also have a major commitment, but are not as integrally involved in medical education as the flagship hospitals.

Other hospitals were *affiliated with a medical school* but were not COTH members. A final group of teaching hospitals had *at least one approved residency program* but none of the other formal teaching affiliations.» – Sloan/Valvona [*Cost of Teaching Hospitals*, 1986]: 70.

¹⁶ «The AAMC defines an *integrated teaching hospital* as one in which a majority of clinical chiefs of staff are also department chairs in the affiliated medical school.» Dobson et al. [*Financial Performance of AHCs*, 2002]: 2. – Diese Definition und die zugehörige Liste benutzten auch Koenig et al. [*Mission Related Costs*, 2003]: 122 Endnote 16.

¹⁷ Koenig et al. [*Mission Related Costs*, 2003]: 112.

B.5 Homogenisierung von Patientenkategorien

Bei der Entwicklung und dem Einsatz von Vergütungssystemen mit Fallpauschalen wurden und werden verschiedene Techniken eingesetzt, um die Kosten innerhalb der Patientenkategorien zu «homogenisieren». Je besser dies gelingt, umso kleiner werden die Kostenunterschiede pro DRG-Punkt und umso eher wird es möglich, einen einheitlichen Basispreis unabhängig von Lage und Typ der Krankenhäuser zu verwenden.



Tafel 7:
Homogenisierung von Patientenkategorien für Fallpauschalen (mit Beispielen)

Die Schritte der Ausgliederung fremder und störender Kostenbestandteile waren und sind:

1. Ausscheidung der nicht-anrechenbaren Kosten:

- a) Kostenausscheidung der nicht-fallbezogenen Kosten, insbesondere der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (z. B. Forschung und Lehre, Notfallbereitschaft, Vorhaltung der Grundversorgung in ländlichen Gegenden) sowie der Kosten ambulanter Behandlungen.
- b) Kostenausscheidungen aufgrund der gesetzlichen Finanzierungsmodalitäten, insbesondere Ausscheidung der Investitionskosten bei dualer Finanzierung, d. h. bei gesonderter Finanzierung der Betriebs- und Investitionskosten.

- **Tafel 7**
- Nicht-anrechenbare Kosten:
- Gemeinwirtschaftliche Leistungen
 - Investitionskosten

- Belegpersonal
- Gruppenbildung:
 - c) Kostenausscheidungen aufgrund der Kooperationsformen der Leistungserbringer, z. B. getrennte Honorierung von Belegärzten oder Beleghebammen.
- Basisgruppen
 - 2. Kostendifferenzierung durch Bildung von Patientenkategorien aufgrund klinischer Kriterien:
 - a) Bildung der Basisgruppen aufgrund klinischer Kriterien, traditionellerweise insbesondere aufgrund von Hauptdiagnose und – bei chirurgischen Fällen – Hauptprozedur.
 - b) Weitere Kostendifferenzierung durch Verfeinerung («Splits»), traditionellerweise insbesondere nach klinischen Schweregraden: Komorbiditäten und Komplikationen (CC), Alter.
- Verfeinerung
 - 3. Fallbezogene Kostenkorrekturen:
 - a) Kostenabgrenzung durch Sondervergütungen für Ausreisser, traditionellerweise bei Langliegern und Kurzliegern (im Gegensatz zu «Normalliegern»), später auch bei Hochkostenfällen.
 - b) Korrekturen bei «unvollständigen» Behandlungen infolge von Verlegungen («Transfers»).
 - c) Kostenausgliederung und Zusatzvergütungen bei teuren Einzelleistungen, die nicht standardmässig im Leistungsbündel der einzelnen Patientenkategorien enthalten sind, z. B. teure Medikamente und Implantate, Notfalleintritte, intensivmedizinische Behandlungen.
 - d) Einbezug von Kosten, die Krankenhäuser vergütungssystembedingt zu separieren beginnen, z. B. Diagnostik, die vorstationär erbracht wird, Wiedereintritte aufgrund von Komplikationen.
 - e) Kostenausscheidung der Fälle in Patientenkategorien mit frei verhandelbaren Preisen.
- Fallbezogene Kostenkorrekturen:
 - Ausreisser
 - Verlegungen
 - Sonderkosten
 - Fallabgrenzung
 - Verhandelbare Preise
- Systemische Kostenkorrekturen
 - 4. Systemische Kostenkorrekturen:
 - a) Lokal erhöhte Lohnkosten (z. B. als Lohnkostenfaktor auf den Basispreis).
 - b) Mehrkosten infolge eines überproportionalen Anteils mittelloser Patienten (USA).
 - c) Zuschüsse (Subventionen).¹⁸
 - d) Verbleibender Mehraufwand Universitätsmedizin.

¹⁸ In Deutschland ist das Wort «Subvention» negativ besetzt und deshalb verpönt. In der Schweiz hingegen verwendet man «Zuschuss» im Falle von staatlichen Beiträgen eher selten. In dieser Studie werden die beiden Begriffe gleichbedeutend und nicht wertend verwendet.

B.6 Modifikationen in DRG-basierten Vergütungssystemen

Modifikationen von DRG-basierten Vergütungssystemen können grundsätzlich ausserhalb des eigentlichen DRG-Systems auf der Ebene des Vergütungsmodells¹⁹ oder innerhalb des DRG-Systems auf der Kalkulationsseite oder auf der Konstruktionsseite ausgeführt werden.²⁰

Ansatzpunkte auf der Ebene des Vergütungsmodelles sind:

- Kalkulation und Geltungsbereich des *Basispreises*: Der Basispreis (d. h. der Wert, der pro DRG-Punkt vergütet wird) kann für alle Krankenhäuser einer Region oder eines Landes gleich sein oder je nach Krankenhausstyp festgelegt werden. (In Bezug auf die Vergütung der Universitätsmedizin ist dies eine besonders einfache Variante, anerkannte Mehrkosten zu kompensieren.) Der Basispreis kann auch für jedes Krankenhaus einzeln berechnet und/oder verhandelt werden. (Im schweizerischen SwissDRG-Projekt wurden z. B. keine Basispreise zum Vorneherein festgelegt. Sie sind das Resultat von Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern.)

Ansatzpunkte auf der Konstruktionsseite sind:

- Weil man sich bemühte, in einem DRG-System mit möglichst wenigen Fallgruppen auszukommen, wurden gewisse Behandlungen derart in DRGs zusammengefasst, dass sie sehr umständlich bezeichnet werden mussten. Im GDRG-System gibt es z. B. Bezeichnungen, die kaum mehr verständlich sind.²¹ Um mit einem DRG-System «im Feld» arbeiten zu können, müssen derartige DRGs unterteilt werden (oder zumindest müssen deren Bezeichnungen vereinfacht werden).
- Falls die Codierungslisten nicht alle Diagnosen und Prozeduren abbilden, müssen sie ergänzt werden. Das gilt insbesondere für Codes, die mit kostenintensiven Behandlungen verbunden sind. (Aus der Sicht der Universitätsmedizin ist darauf zu achten, dass auch komplexe Diagnosen und Prozeduren codierbar sind, auch dann, wenn sie selten vorkommen.)

¹⁹ Vgl. dazu auch Fischer [Vergütungssysteme, 1999].

²⁰ Erweiterter Auszug aus: Fischer [Notfallvergütung im Krankenhaus, 2009]: 31–34. Dies war bereits ein erweiterter Auszug aus: Fischer [Grafiken zur PCS-Beurteilung, 2008]: 18–20. – Vgl. dazu auch: Fischer [DRG+Pflege, 2002]: 90 ff.

²¹ Die Bezeichnung der GDRG B02B (2008) lautet beispielsweise: «Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation od. andere aufwändige Operation am Nervensystem mit Beatm. > 95 Std., ohne Strahlenth. > 8 Bestrahl., Alter < 6 J. od. < 18 J. mit grossem intrakr. Eingr., m. äusserst schw. CC od. Beatm. > 95 und < 178 Std.» – Vgl. dazu auch Fischer [GDRG-Verständlichkeit, 2007] und Fischer [DRG Labels, 2007].

Vergütungsmodell

Basispreis

Konstruktion

Vereinfachung komplexer DRGs

Vollständigkeit der Codierungslisten

Erweiterung der Codierungslisten

- Die Codierungslisten können erweitert werden um Scores ärztlicher Fachgesellschaften, der Pflege, usw. (In ICD-10-GM sind seit 2004 z. B. Codes für FIM-Werte,²² Barthel-Index und «Minimal Mental State Examination» (MMSE) unter den Nummern U50 bis U51 codierbar.) – Vorteilhaft an einer solchen Vorgehensweise ist, dass die Grouper-Software nicht verändert werden muss. Problematisch ist, dass damit die ICD immer weniger eine Klassifikation der Krankheit bleibt, sondern allmählich zu einem Sammelsurium für Codes von DRG-relevanten Patientenzustandsbeschreibungen wird.

DRG-Überprüfung

- DRG-Überprüfung:
 - Überprüfung der DRG-Zuordnung von Diagnose- und Prozedurencodes.
 - Überarbeitung der CC-Listen.

DRG-Verfeinerung

- DRG-Verfeinerung:
 - Vermehrung der CC-Stufen.
 - Alterssplits.
 - Vermehrte Verwendung der Entlassungsdestination (nach Hause, Verlegung, Tod).

Zusätzliche Gruppierungskriterien

- Zusätzliche Gruppierungskriterien:²³
 - Geburtsgewicht (wird seit der Einführung des APDRG-Systems standardmässig erhoben).
 - Scores der Pflege.
 - Scores der Intensivmedizin.²⁴
 - Eintrittsart (insbesondere: Notfalleintritte).
 - Scores für den Akutheitsgrad («acuity») bei Notfalleintritten.
 - Weitere Scores ärztlicher Fachgesellschaften.
 - Implantate; Medikamente.²⁵

Modulare Gruppierung

- Modulare Gruppierung:
 - *Mehrfachgruppierung*: Dass einem Behandlungsfall nicht nur eine einzige Fallgruppe, sondern allenfalls mehrere zugewiesen werden sollen, wurde schon zu Beginn der DRG-Entwicklung im

²² FIM = Functional Independence Measure.

²³ Vgl. dazu auch: Fischer [DRG+Pflege, 2002]: 84 ff.

²⁴ Für das österreichische LKF-System werden Scores zur Einstufung der Intensivpflege routinemässig erhoben.

²⁵ Implantate und Medikamente beschreiben allerdings nicht den Patientenzustand, sondern die erbrachte Leistung und sollten deshalb möglichst nicht als Gruppierungskriterien verwendet werden.

Konkurrenzmodell «Disease Staging»²⁶ vorgeschlagen. Das österreichische LDF-Modell erlaubt die Kategorisierung von Mehrfachleistungen. Bei »mipp»²⁷ ebenso wie bei SQLape²⁸ ist die Möglichkeit der Mehrfachgruppierung standardmässig vorgesehen. Im britischen System HRG4 können einem Fall «entbündelte» HRGs zusätzlich zur Haupt-HRG zugeordnet werden.²⁹ In Frankreich kann es zu einer GHM-Patientenkategorie mehrere GHS-Pauschalen geben.³⁰

– *Zusatzgruppierungen*: Zusatzgruppierungen könnten z. B. für die Intensivmedizin,³¹ evtl. für die Pflege auf der Station³² oder aber auch für teures Material (Implantate, Medikamente, ...) definiert werden. Im deutschen GDRG-System können z. B. zusätzlich zu den GDRG-Fallpauschalen «Zusatzentgelte» abgerechnet werden.

Ansatzpunkte auf der Kalkulationsseite sind:

- Die *erwartete Verweildauer* wird als Ausgangspunkt bei der Berechnung der Grenzwerte und zur Berechnung der Ausreisservergütung verwendet. *Oberer und unterer Grenzwert* legen fest, welche Behandlungsfälle als Ausreisser gelten und welche nicht.³³
- Anstelle von Grenzwerten für Verweildauern können auch *Kostenausreisser* definiert werden. Dabei wird ein erwarteter Höchstkostenbetrag festgelegt. Sind die Kosten höher, wird die Differenz (oder ein Teil davon) entschädigt. Dabei kann ein einziger, systemweiter Höchstkostenbetrag festgelegt werden. (Dies wird in den USA bei der MSDRG-basierten Vergütung gemacht.) Oder es werden Höchstkostenbeträge für jede DRG einzeln berechnet.

Kalkulation

Verweildauer-
grenzwerte

Kostenausreisser

²⁶ Gonella et al. [Disease Staging, 1984]; <http://www.fischer-zim.ch/streiflicht/Disease-Staging-9603.htm>.

²⁷ »mipp« = Modell integrierter Patientepfade, entwickelt am Kantonsspital Aarau. – Rieben et al. [Pfadkostenrechnung, 2003]; <http://www.mipp.ch/>.

²⁸ SQLape = Striving for Quality Level and Analysis of Patient Expenditures, entwickelt von Yves Egli, Lausanne. – <http://www.sqlape.com/>.

²⁹ In Ergänzung zur «core HRG» können einem Behandlungsfall eine oder mehrere «unbundled HRGs» zugeordnet werden. – Vgl. The Casemix Service [HRG4/Design, 2007]: 20 ff.

³⁰ Vgl. Andréoletti et al. [T2A, 2007].

³¹ Die Intensivmedizin wird z. B. im österreichischen LKF-System gesondert vergütet. Auch in einigen Staaten Australiens wird dies gemacht.

³² Für die Pflege könnten z. B. Nursing Related Groups definiert werden. – Sermeus [NRG, 1988]; vgl. auch Fischer [DRG+Pflege, 2002]: 102 ff.

³³ Eine Liste von Berechnungsformeln für untere und obere Grenzwerte aus verschiedenen Ländern ist zu finden in: Street et al. [Activity Based Financing, 2007]: 24 f. In verallgemeinerter Weise auch in: Busse et al. [DRGs in Europe, 2011]: 87.

Fallgewichte

- *Fallgewichte* können generell Geltung haben, oder sie können kontextbezogen festgelegt werden. In Deutschland gibt es z. B. unterschiedliche Fallgewichte für «Hauptabteilungen» und für Abteilungen mit Belegärzten. Ausserdem gibt es DRG-bezogene Zusatzfallgewichte für Hebammen. Bei den Fallgewichten für die sogenannten «impliziten Einbelegungstags-GDRGs» handelt es sich ebenfalls um separat errechnete Fallgewichte.³⁴ In England gibt es unterschiedliche Fallgewichte für elektive und nicht-elektive Behandlungen.³⁵ In Frankreich gibt es unterschiedliche Fallgewichte je nach der Krankenhaus-Trägerschaft.³⁶

Fallkostenrechnung

- Die *Fallkostenrechnung* kann im Hinblick auf bestimmte Fragestellungen differenzierter gestaltet werden. Dies kann sich auf die relative Höhe der Fallgewichte auswirken. (Zum Beispiel, wenn die Pflegekosten nicht mehr anhand der Pflegetage, sondern anhand der täglich erhobenen Pflegeleistungen den Fallkosten zugerechnet werden. Oder wenn die Kosten der Notfalleintritte detailliert berechnet werden. Oder wenn die Kosten für Forschung, Lehre und die fachärztliche Weiterbildung sorgfältig separiert werden.)

Fallgewichte von
Zusatzgruppierungen

- *Zusatzgruppierungen* (wie z. B. die Zusatzentgelte zu den GDRG-Pauschalen) werden gewöhnlich eingeführt, um ungerechtfertigte Differenzen zwischen Kosten und Vergütung zu vermindern. Ausserdem können sie die Effekte grosser Vergütungssprünge zwischen verschiedenen DRG-Pauschalen abfedern. Da sie aber gleichzeitig einen Anreiz darstellen, diese zusätzlich vergüteten Leistungen vermehrt zu erbringen, muss überlegt werden, in welchem Ausmass deren Gewichtungen die Kosten decken sollen.

Ausreisser-
gewichtung
bei Langliegern

- Die Mechanismen zur *Ausreisservergütung* sollten so gestaltet sein, dass für Fälle, die vor dem Hintergrund der zugewiesenen DRG unerwartet lange behandelt werden, zwar eine Teilentschädigung vergütet wird, dass diese aber weder den Anreiz setzt, solche Patienten abzuschicken, noch, sie unnötig lange im Krankenhaus zu behalten.

Unbewertete
Fallgruppen

- Fallgruppen, die aufgrund von kleinen Fallzahlen oder grossen Kostenstreuungen schwierig zu bewerten sind, können *unbewertet* bleiben. Dies bedeutet, dass die Vergütungen entsprechender Behandlungen

³⁴ Bei diesen GDRGs mit einer unteren Grenzverweildauer von zwei Tagen wurden die Kosten für die Fälle mit einer Verweildauer von einem Tag auf der Kostenbasis ebendieser Fälle berechnet. – Vgl. Roeder N et al. [Lernendes Vergütungssystem,

gen ausgehandelt werden müssen, entweder von Fall zu Fall, besser aber aufgrund einer vorgegebenen Regel. (Zum Beispiel könnte vereinbart werden, dass die Vergütung ausgehend von den tatsächlich angefallenen Kosten berechnet wird. – In England sind solche Verhandlungen explizit vorgesehen, insbesondere dort, wo die Unzulänglichkeiten des Patientenkategorisierungssystem besonders in Erscheinung treten, nämlich bei zu kleinen Fallzahlen oder zu grossen Kostenstreuungen.)

2008]: 27.

³⁵ Vgl. The Casemix Service [HRG4/EMUC, 2007].

³⁶ Vgl. Andréoletti et al. [T2A, 2007].

C Lösungsansätze

C.1 Kostentrennung und Vergütungsansätze

Kostentrennung	Bei der Analyse der Kosten der Universitätsmedizin können – zumindest theoretisch – die behandlungsfallbezogenen Kosten von den Kosten der nicht direkt patientenbezogenen Aufgaben unterschieden werden. In der Praxis sind insbesondere die Kosten der fachärztlichen Weiterbildung, z. T. auch die Kosten von Forschung und Lehre nicht leicht von den Kosten der Krankenversorgung zu trennen, da die Arbeiten sich teilweise überlappen. Die universitätsmedizinischen Sonderaufgaben kosten aber nicht nur etwas, sie haben auch einen Nutzen, und teilweise werfen sie sogar Ertrag ab.
↑ Aufgaben Universitätsmedizin: S. 35	
«Simultane Produktion»	Die Schwierigkeit, Kosten und Nutzen zu trennen, bringen Wynn et al. auf den Punkt, wenn sie sagen, dass Universitätskliniken «simultan Weiterbildung, Krankenversorgung und in manchen Fällen auch noch Forschung produzieren; und Assistenzärzte behandeln Patienten und akkumulieren simultan Humankapital, d. h. Wissen und Fähigkeiten, was einen ökonomischen Wert hat». Es handelt sich um eine Kuppelproduktion (<i>joint production</i>). ¹
► Tafel 8	In der folgenden Grafik wurde versucht, die Aufgaben der Universitätsmedizin nach Kosten und nach Vergütungsmöglichkeiten zu differenzieren.
Differenzierung der Kosten	In der Kostenträgerrechnung werden die Kosten <i>leistungsbezogen</i> den Endprodukten zugeordnet: Einerseits werden die Kosten <i>fallbezogen</i> den Behandlungsfällen zugewiesen. Andererseits sollte versucht werden, <i>aufgabenbezogene</i> Zuweisungen vorzunehmen: für die Aufgaben der Krankenversorgung, welche nicht Einzelfälle betreffen (z. B. für die Notfallbereitschaft), sowie für die weiteren Aufgaben der Universitätsmedizin (z. B. für Forschung und Lehre).
↑ Kostenausscheidung: S. 40	
Mehrkosten der Universitätsmedi- zin	Allfällige verbleibende, nicht zuordenbare Mehrkosten der Universitätsmedizin erscheinen in der Kostenträgerrechnung nicht direkt. (Sonst wären sie ja einem Kostenträger zuordenbar.) Sie werden erst sichtbar, wenn man die Kosten, welche für die einzelnen Leistungsarten ausgewiesen werden, mit den Kosten anderer Krankenhäuser vergleicht, Für die Behandlungskosten bietet sich dazu u. a. der Vergleich der Kosten pro DRG-Punkt an.
Vergütungsformen	Wie einleitend erwähnt, ist die Kostendifferenzierung in Universitätskrankenhäusern schwierig; präzise Abgrenzungen sind oft nicht möglich.

¹ Wynn B et al. [Financing med. Education, 2006]: 11 (übersetzt vom Autor).

Infolgedessen ist es doppelt herausfordernd, kostenadäquate Vergütungsformen zu konzipieren.

Im Idealfall kann der Leistungsbezug, nach dem die Kosten differenziert wurden, auch für die Vergütung übernommen werden. Das geht insbesondere bei den Behandlungsfällen gut, bei denen den fallbezogenen Kosten *fallbezogene* Vergütungen entsprechen.²

In DRG-Systemen gibt es traditionellerweise eine einzige Fallpauschale. Mancherorts wird sie über Faktoren variiert. Darüberhinaus sind auch Vergütungsmodelle mit Pauschalvergütungen von mehreren Leistungskomponenten denkbar.³

Vergütungen von mehreren Leistungskomponenten pro Fall entsprechen den Fallkosten differenzierter. Ausserdem resultieren tendenziell kostenhomogenere Leistungskomponenten.

Sobald ein Vergütungsmodell mit Faktoren oder mehreren Komponenten gewählt wird, können dessen Bestandteile einzeln definiert werden:

- Sollen *separate Fallgewichte* definieren werden? (Dies wurde z. B. für elektive und nicht-elektive Fälle in England gemacht.)
- Wäre es einfacher, einzelne *separate DRGs* zu definieren? (Solche sind als «Add-ons» in den Niederlanden und als «entbündelte HRGs» in England definiert.)
- Müssen *separate Kategorisierungen* definiert werden? (Solche gibt es z. B. in Form von Zusatzentgelt-Kategorien für Medikamente in Deutschland.)
- Sollten *Preisverhandlungen* vorgesehen werden? (Wie in England und in den Niederlanden. Oder in der Schweiz, wo die Höhe des Basispreises verhandelbar ist.)
- Sollen *Einzelfallkosten* oder Anteile davon vergütet werden? (Wie dies bei den Hochkostenfällen in den USA geschieht.)
- Oder könnte es genügen, für bestimmte Zusatzleistungen einfach nur *Faktoren zum Basispreis* zu definieren? (Wie dies bei den erhöhten Behandlungskosten von mittellosen Patienten in den USA gemacht wird.)

Fallbezogene Vergütungen

► Tafel 8

↑ S. 109

↑ S. 131

↑ S. 106

↑ S. 95

↑ S. 132

↑ S. 159

↑ S. 151

Aufgabenbezogene Vergütungen

Für Leistungen ohne direkten Fallbezug bieten sich aufgabenbezogene Vergütungsformen an. Das sind vorzugsweise leistungsbezogene Vergütungen, deren Höhe über eine Bezugsgrösse berechnet wird. Findet sich keine adäquate Bezugsgrösse, können feste Beträge oder krankenhausspezifische Faktoren zum Basispreis zur Defizitdeckung vereinbart werden.

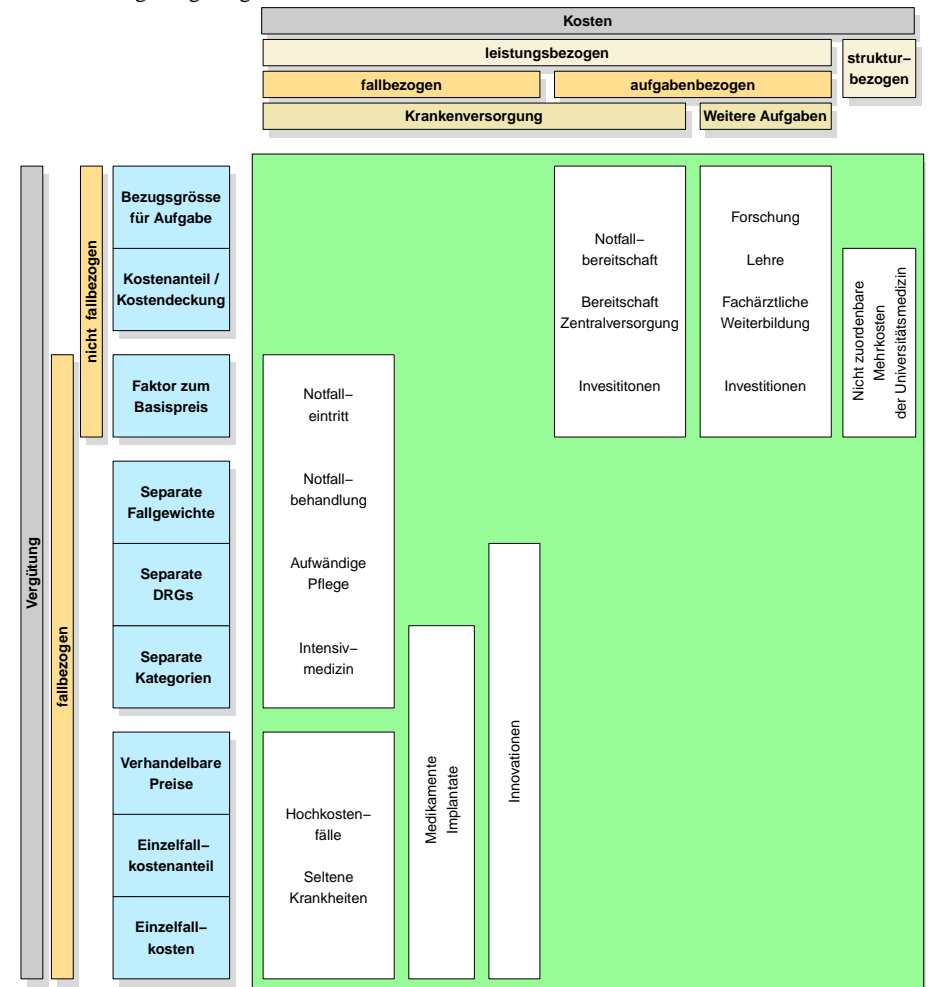
² Voraussetzungen dafür sind eine zuverlässige Kostenträgerrechnung und ein genügend differenzierendes Patientenkategorisierungssystem, z. B. ein DRG-System.

³ Beispiele von mehreren Leistungskomponenten eines Behandlungsfalles sind Notfalleintritt und Notfallbehandlung oder Intensivmedizin und übrige Behandlung.

Bezugsgrössen

Mit einer Bezugsgrösse soll sich der Leistungsumfang abschätzen lassen. Bei fallbezogenen Vergütungen dienen die DRG-Kostengewichte oder andere Fallgewichte als Bezugsgrössen für die Höhe der Vergütung. Beispiele für Bezugsgrössen von aufgabenbezogenen Vergütungen sind die Anzahl der Assistenzarztstellen für die Vergütung der fachärztlichen Weiterbildung oder die geplante Anzahl von Notfalleintritten für die Vergütung

Tafel 8: Vergütungsmöglichkeiten Universitätsmedizin



der Notfallbereitschaft.⁴

Wenn solche Bezugsgrößen dazu verwendet werden, einen Faktor zum Basispreis zu definieren, haben die resultierenden Vergütungen einen doppelten Bezug: Die Höhe der Auszahlung ist zum Einen vom «Casemix» abhängig, d. h. von der nach der Aufwändigkeit der Behandlungen gewichteten Anzahl Fälle. Zum Anderen ist sie abhängig vom Umfang der über den Faktor zum Basispreis abgebildeten (universitären) Aufgabe.

Feste Beträge (Zuschüsse, Subventionen, etc.) oder krankenhausindividuelle Faktoren zum Basispreis sind Vergütungsformen ohne Bezugsgröße. Sie können dann vereinbart werden, wenn man sich entscheidet, nicht zuordenbare Mehrkosten von Universitätskrankenhäusern anzuerkennen und zu entschädigen (und sie damit nicht als *Ineffizienz* dem Krankenhaus anlastet). Solche Vergütungen kann man «strukturbezogen» nennen, wenn sie allein aufgrund der Tatsache ausbezahlt werden, dass ein Leistungserbringer bestimmte strukturelle Voraussetzungen erfüllt.

In Tafel 8 sind die einzelnen Aufgaben, die in Universitätskrankenhäusern Mehrkosten verursachen können, in den weissen Feldern im grünen Mittelteil eingetragen. Die vertikale Ausdehnung dieser Felder zeigt an, dass für die meisten Aufgaben verschiedene Vergütungsmöglichkeiten wählbar sind. – Nicht dargestellt ist die häufig gewählte Variante, dass die Kosten gar nicht ausgeschieden werden, sondern ins DRG-Gewicht eingerechnet werden.

Bei der Suche nach eigenen Lösungen ist im Auge zu behalten, dass der Differenzierungsgrad der verfügbaren Kosten bestimmt, welche Lösungen überhaupt angewandt werden können. Oder anders formuliert: Manche Lösungen sind erst umsetzbar, wenn in der Kostenrechnung entsprechend differenziert Kosten und Leistungen erhoben werden.

Manche Lösungen sind aber auch deshalb nicht realisierbar, weil gewisse Kostendifferenzierungen entsprechend einem wünschbaren theoretischen Lösungsansatz in der Praxis gar nicht mit der nötigen Präzision vorgenommen werden können. (Dies ist z. B. oft bei Vorhalteleistungen der Fall: Die Leistungen können unterschiedlich stark in Anspruch genommen werden; wie die Vorhaltungskosten von den Kosten für die erbrachten Leistungen unter diesen Umständen abgegrenzt werden sollen, ist unklar.)

Faktoren zum Basispreis

Strukturbezogene Vergütungen

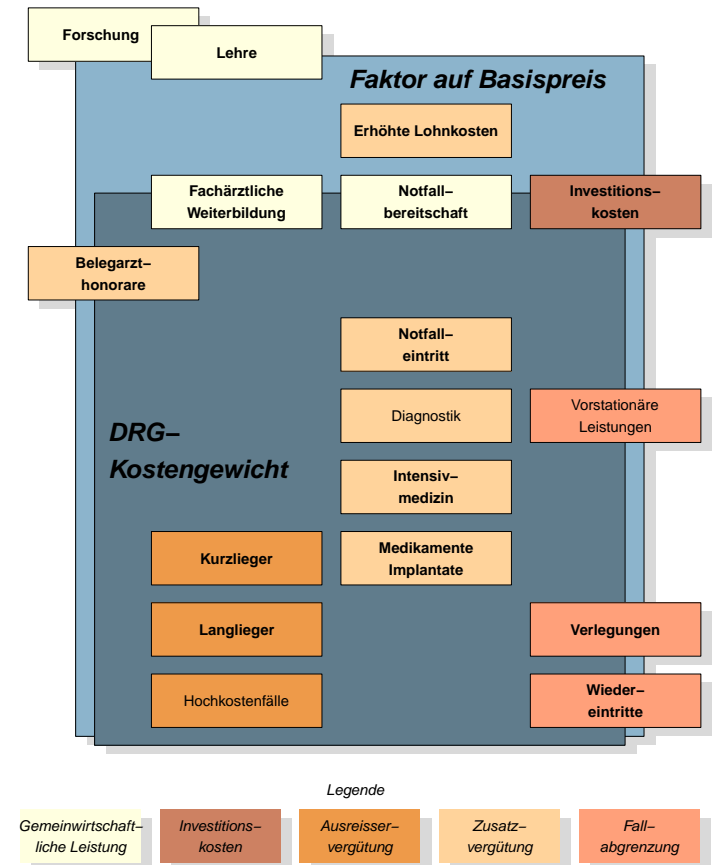
Verschiedene Vergütungsmöglichkeiten

► Tafel 8

Lösungen sind abhängig vom Differenzierungsgrad der Kosten.

⁴ Vgl. z. B. Fischer [Notfallvergütung im Krankenhaus, 2009]: 71+91.

Tafel 9:
Schema Korrekturmechanismen DRG-Vergütung



Z I M
[DRG.134.chart.korr.-13704]

In der Grafik auf der vorangegangenen Seite sind die Themen, welche bei der Vergütung der Universitätsmedizin besonders beachtet werden müssen, zusammengestellt und nach möglichen Vergütungsbestandteilen gruppiert und eingefärbt:

Korrekturmechanismen
 ▶ Tafel 9

- Aufgabenbezogene Vergütungen für gemeinwirtschaftliche Leistungen: Forschung, Lehre, fachärztliche Weiterbildung, Notfallbereitschaft.
- Investitionskosten.
- Ausreisservergütungen für Behandlungen mit unerwartet hohen Abweichungen der Fallkosten: Kurzlieger, Langlieger, Hochkostenfälle.
- Zusatzvergütungen für teure Einzelleistungen, die nicht standardmäßig im Leistungsbündel einzelner DRGs enthalten sind: Notfalleintritte, Intensivmedizin, Diagnostik, teure Medikamente und Implantate; Belegarzthonorare; lokal erhöhte Lohnkosten (z. B. Lohnkostenfaktor auf Basispreis).
- Vergütungskorrekturen infolge von Variationen der Behandlungsphasen und entsprechender Fallabgrenzungen: Verlegungen, Wiedereintritte, vorstationäre Leistungen.

Die Hintergrundflächen «DRG-Kostengewicht» und «Faktor auf Basispreis» sowie der nicht beschriftete neutrale Hintergrund (für «separate Finanzierung») deuten an, auf welche Weise die im Vordergrund abgebildeten Leistungen häufig entschädigt werden.

Diese Grafik wurde für die Zusammenfassung mit den Übersichten über die Lösungen in den einzelnen Ländern entwickelt.

↑ Tafeln 3 (S. 19) ff

C.2 Überblick über die gewählten Lösungen

▶ Vgl. auch Tafel 10

Die zur Recherche ausgewählten Länder unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht stark. Das beginnt bereits bei der Organisation des Gesundheitswesens. Diese reicht vom staatlich gelenkten *National Health Service (NHS)* Grossbritanniens, der von allen Bürgern kostenlos in Anspruch genommen werden kann, bis zum liberalen System der Vereinigten Staaten, wo die staatlichen Krankenversicherer nur eine Rolle unter Vielen spielen.

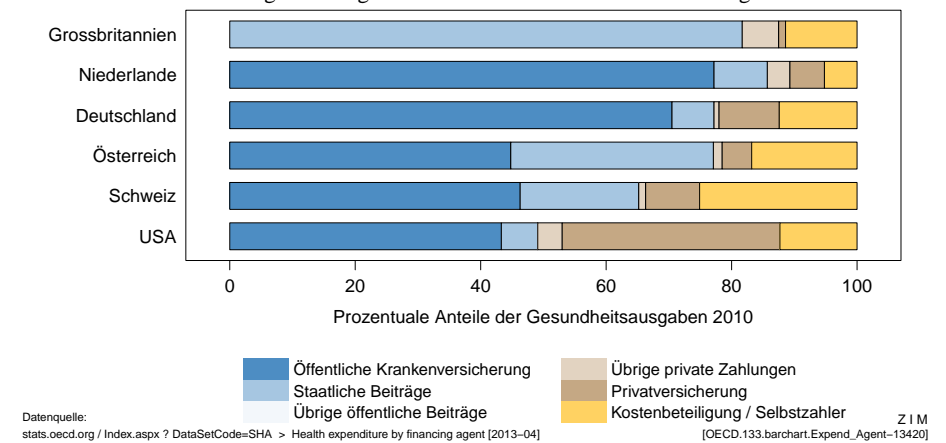
▶ Tafel 11

Und während in Österreich eine Lösung für drei Universitätskrankenhäuser (unter ca. 140 Akutkrankenhäusern) gefunden werden musste, betrifft die Regelung in den USA 100 *University Hospitals* (von etwa 3500 Akutkrankenhäusern).

Und während der Anteil der Universitätskrankenhäuser in diesen beiden Ländern zwischen 2 % und 3 % liegt, gehören in England 18 % der Akutkrankenhäuser zu den Universitätskrankenhäusern.

Ein Blick auf Tafel 11 zeigt, dass auch die gewählten Lösungen sehr unterschiedlich sind.

Tafel 10: Gesundheitsausgaben ausgewählter Länder und deren Finanzierung



Fragezeichen in dieser Grafik bedeuten, dass zum zugehörigen Thema bis jetzt noch nicht recherchiert wurde.

Es wurde versucht, die Lösungsansätze nach den wichtigsten Aspekten zu kategorisieren und entsprechend einzufärben. Der erste Aspekt aus der folgenden Liste, dem eine Farbe zugeordnet ist, wurde zur Einfärbung der Mitte verwendet, der zweite für die linke Ecke, der dritte für die rechte. Eine Ausnahme bildet die Farbe Gelb (für verhandelbare Preise): Auch für sie wurde die Mitte genutzt.

Ausschliesslichkeit (grün):

- Nur für Universitätskrankenhäuser (hellgrün).
- Vorwiegend für Universitätskrankenhäuser (blassgrün).
- Für alle Akutkrankenhäuser (nicht eingefärbt).

Bezug zum DRG-System (blau):

- Zusatzvergütung im Rahmen des Fallpauschalensystems (himmelblau).
- Faktor auf Basispreis. (hellblau).
- Der Aspekt ist in der Fallpauschale berücksichtigt (pastellblau).
- Kein Fallbezug (nicht eingefärbt).

Preisfestlegung (braun bis gelb):

- Verhandlungspreise (gelb).
- Politisch festgelegte Preise (beige).
- Teilweise Vergütung der Istkosten (bräunlich).
- Volle Vergütung der Istkosten (braunorange).
- Durchschnittskosten-basiert / gemäss Modell-Resultaten (nicht eingefärbt).

Berechnungsweise (violett):

- Statistisches Modell: Ökonometrische Schätzung (violett).
- Historische Werte: Schätzung aufgrund nicht (mehr) bekannter Kriterien (hellviolett).
- Kostenerhebung (nicht eingefärbt).

Der vom Studienthema «Universitätsmedizin» gelenkte Blick sucht zuerst einmal nach grün eingefärbten Feldern: nach Regelungen, die ausschliesslich (oder hauptsächlich) für Universitätskrankenhäuser gelten. Sie sind in allen Ländern ausser in den USA anzutreffen.

Legende
 ► Tafel 11
 Kategorisierung der Lösungsansätze

Nur für Universitätskrankenhäuser

Tafel 11: Die Universitätsmedizin betreffende Vergütungsregelungen

		Österreich	England	Niederlande	USA
Info.	Anzahl Uni-Krankenh.	3	33 33	8	100 (unter DRG)
	- % aller Akutbetten	ca. 10 %	ca. 23 %	ca. 18 %	6.4 %
	Anzahl Akutkrankenh.	141	186 195	90	3500 (unter DRG)
Kosten-differenz	... vorhanden	ja	unklar	?	ja
	... politisch akzeptiert	ja	ja	ja	ja
Forschung und Aus-Weiterbild.	Fachärztliche Weiterbildung	?	Medical and Dental Education Levy (MADEL)	Weiterbildungsfonds	DGME IME
	Lehre	Klinischer Mehraufwand (KMA) + Arztgehälter	Service Increment for Teaching (SIFT)	Fakultätsbeiträge Werkplatz-Beiträge Akad. Komponente für Forschung	(Separate Finanzierung)
	Forschung		(Separate Finanzierung)		(Separate Finanzierung)
Krankenversorgung	Krankenversorgung - Vorhaltung	Faktor auf Basispreis	Zuschlag für Spezialisten-behandlungen	Akademische Komponente für Maximalversorgung	Indirect Medical Education (IME)
	- med. komplexe Fälle	(Gilt ab 2009 für Wien nicht mehr.)			
	- Seltene Erkrankungen				
	- Intensivmedizin	Tagespauschalen Intensivmedizin	Verhandelbare HRG-Tagespauschalen	Add-ons Intensivmedizin	(Vereinzelte PreMD-DRGs)
	- Notfälle	---	Notfalleintritts-HRGs + sep. HRG-Kostengew.	---	---
	- Teure Medikamente	---	Medikamenten-HRGs	Add-ons Medikamente Medi. für seltene Krankh.	---
	- Teure Implantate	---	HRGs für teure Materialien	---	---
	- Langlieger	Degressive Tagespauschalen	Tagespauschalen je HRG-Kategorie	Viele Fallgruppen mit Verweildauer als Splittkrit.	---
	- Hochkostenfälle	---	---	---	80 % der Kostendifferenz oberhalb \$ 22 000 / CCR
	- Sondervergütungen	Förderung Transplantationswesen	Best Practice Tariff Major Trauma BPT	Add-ons IC-Transporte + interdisziplin. IC-Konsult.	---
	- Mittellose Patienten	---	---	---	Disproportionate Share (DSH)
	- lokale Lohnkosten und Lebenskosten	(Basispreise pro Land; z.T. KH-spez. Faktoren)	Marktkräftefaktor (MFF)	---	Lohnkostenindex + Lebensk. Alaska+Hawaii DSH- und IME-Kapitalkostenfaktoren
	Investitionskosten	Beiträge von Gemeinde, LGF, Bund	5.8 % in PbR enthalten	Uni-KH: + 4 %	---
Fallpauschalen	Anzahl Fallgruppen	9998LDFs	> 1400 HRGs	> 4400 DBC-ZPs	751 MS-DRGs
	Fallgruppen ohne Kostengewicht	Alle LDFs sind bepunktet.	Lokale Preisverhandlungen	Preisverhandlungen (für 77 % der DBC-ZPs)	Alle DRGs haben Kostengewichte.
	Weitere Besonderheiten	Systemveränderungen nur alle paar Jahre	«Flexibilität?» (Verhandlungsspielraum)	---	---
	% des Betriebsertrages	ca. 63 % (alle Krankenh.)	ca. 72 % (alle KH)	ca. 54 % (Uni-KH) ca. 86 % (Uni-KH)	ca. 47 % (Uni-KH)
	Defizitdeckung	Land + Gemeinden, z.T. teilweise Träger	Krankenhaus (Department of Health)	?	Krankenhausträger
Diskussion		- LKF-Vereinheitlichung - Kostenträgerrechnung - Vereinfachung KMA-Entschädigungsregelg	- Transparenz? - Tarif Weiterbildung? - Spezialistenbehandl. - Qualität Kostendaten	- Transparenz? - Ausschliesslichkeit? - Kürzungen	- IME neu berechnen - " kürzen - "Leistungsnachweise - DSH kürzen

Legende	Ausschliesslichkeit	Bezug zum DRG-System	Preisfestlegung	Berechnungsweise
	Nur für Uni-KH	Zusatzvergütung	Verhandlungspreise	Statistisches Modell
	Hauptsächlich für Uni-KH	Faktor auf Basispreis in DRG-Pauschale	Politische Preise	Historische Werte
	Für alle Akut-KH	Kein Fallbezug	Ist-Kostenanteil Ist-Kosten Durchschnittskosten	Kostenerhebung

In den USA sind Sondervergütungen über Faktoren zum Basispreis in die Fallpauschalen integriert (hellblaue Felder). Des Öfters wurden dazu statistische Modelle aufgesetzt (violette Markierungen). Deren Resultate wurden dann aber über politische Entscheide abgeändert (beige Markierungen).

Zu den Niederlanden und zu England fallen mehrere gelbe Felder auf: In den Niederlanden sind bereits 77 % der Fallpauschalen (DBC-ZPs) verhandelbar, Tendenz steigend, denn man möchte möglichst viele marktwirtschaftliche Elemente ins Spiel bringen.

In England sind Verhandlungsmöglichkeiten einerseits dort vorgesehen, wo das Patientenkategorisierungssystem unzulänglich ist, dort also, wo die Preise infolge zu kleiner Fallzahlen oder zu grosser Kostenstreunungen schlecht kalkulierbar sind. Andererseits soll das Fallpauschalensystem «flexibel» angewandt werden; es darf keinesfalls optimaleren Behandlungskonzepten im Wege stehen.

USA: Faktoren zum Basispreis und statistische Modelle
↑ S. 158

Preisverhandlungen
↑ S. 132

↑ S. 95

Gesundheitswesen
→ Bund
Krankenhäuser
→ Länder

Vereinbarungen zwischen Bund und Ländern

D Österreich

D.1 Das österreichische Gesundheitswesen

D.1.1 Organisation

Die Regelung fast aller Bereiche des österreichischen Gesundheitswesens liegt in der Hand des Bundes.

Eine besonders wichtige Ausnahme bildet aber das Krankenhauswesen:¹ Hier regelt der Bund nur die Grundsätze. Die neun Bundesländer erlassen selbst Ausführungsgesetze und betrieben bis 2002 die Landeskrankenhäuser meist selbst. (Seit diesem Jahr wurden viele der bisher staatlichen und auch einige privat-gemeinnützig getragene Krankenhäuser formal privatisiert. Dabei blieben Länder und Gemeinden meist Mehrheitseigentümer der neuen, privatrechtlich organisierten Krankenhausbetriebsgesellschaften.²)

Alle vier Jahre finden Finanzausgleichsverhandlungen zwischen dem Bund und den Ländern statt. In diesem Zusammenhang werden auch die die «Vereinbarungen gemäss § 15a B-VG» erneuert. Darin verpflichten

¹ Vgl. zum Folgenden: Hofmarcher/Rack [Gesundheitssystem Oesterreich, 2006]: xiii f.

² Mit Ausnahme des Wiener Stadtkrankenhauses wurden alle öffentlichen Krankenhäuser privatisiert. – Hofmarcher/Rack [Gesundheitssystem Oesterreich, 2006]: 43+61.

Tafel 12:
Die Bundesländer Österreichs



Quelle: <http://de.wikipedia.org/wiki/Österreich> [2013-03]

sich Bund und Länder «wechselseitig zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung im Rahmen ihrer Zuständigkeiten».³

D.1.2 Krankhaustypen und Krankenhausplanung

Betreffend der Krankenhäuser gibt es auf Bundesebene das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG). Darin wird primär zwischen folgenden Versorgungsstufen unterschieden:⁴

- *Standard*-Krankenanstalten (mit Abteilungen zumindest für Chirurgie und Innere Medizin).
- *Schwerpunkt*-Krankenanstalten (mit diversen benannten Abteilungen).⁵
- *Zentral*-Krankenanstalten «mit grundsätzlich allen dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden spezialisierten Einrichtungen».⁶

Universitätskrankenhäuser werden im Gesetz als «Zentralkrankenanstalten» betrachtet.⁷

Die Notfallversorgung gehört zur *Basisversorgung*. «Standardkrankenanstalten der Basisversorgung» und Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen haben eine «permanente Erstversorgung mit Triage von Notfällen zu gewährleisten».⁸

Referenzzentren sind «bettenführende Organisationsstrukturen [...] in Schwerpunkt- oder Zentralkrankenanstalten zur Bündelung der Erbringung komplexer Leistungen», wie z. B. «Herzchirurgie» oder «onkologische Versorgung».⁹

Einige Fachrichtungen können als *Einrichtungen reduzierter Organisationsformen* geführt werden. Dies sind z. B.: Department für Unfallchirurgie; Fachschwerpunkt für Augenheilkunde; dislozierte Wochen- oder

Versorgungsstufen:
– Standard
– Schwerpunkt
– Zentral

Universitäts-
kliniken
Notfallversorgung

Referenzzentren

Reduzierte Organi-
sationsformen

³ Hofmarcher/Rack [Gesundheitssystem Oesterreich, 2006]: 32+52+188. BGBl-A [Vereinbarung gemäss Art. 15a B-VG, 2008]. BGBl-A [Vereinbarung gemäss Art. 15a B-VG, 2005].

⁴ § 2a Abs. 1 KAKuG. – Die Bezeichnung *Versorgungsstufe* erscheint im Gesetz nicht. Sie wird verwendet in: BMG-A [ÖSG, 2012]: 24f.

⁵ Schwerpunktkrankenanstalten haben Abteilungen zumindest für: 1. Augenheilkunde, 2. Chirurgie, 3. Frauenheilkunde und Geburtshilfe einschließlich Perinatalogie, 4. Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, 5. Haut- und Geschlechtskrankheiten, 6. Innere Medizin, 7. Kinderheilkunde einschließlich Neonatologie, 8. Neurologie und Psychiatrie, 9. Orthopädie, 10. Unfallchirurgie und 11. Urologie.

⁶ § 2a Abs. 1 Z c KAKuG.

⁷ § 2a Abs. 2 KAKuG: «Krankenanstalten, die neben den Aufgaben gemäß § 1 ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, sind Zentralkrankenanstalten im Sinne des Abs. 1 lit. c.»

⁸ Vgl. BMG-A [ÖSG, 2012]: 24f.

⁹ § 2c KAKuG.

Tageskliniken für jedes Sonderfach.¹⁰ Sie erbringen vorwiegend elektive Leistungen.¹¹

Krankenanstalten-
plan (ÖKAP)

Im *österreichischen Krankenanstaltenplan (ÖKAP)*, der 1997 eingeführt wurde, sind die Standorte der Krankenhäuser, die Fächerstruktur und die Gesamtbettenanzahl pro Krankenhaus festgelegt. Bei Nichteinhaltung dieser Vorgaben kann die Finanzierung ausgesetzt werden.¹²

Strukturplan
Gesundheit (ÖSG)

Später wurde ein umfassender *Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG)* geschaffen: ein «Leistungsangebotsplan mit Planungshorizont 2020». Er enthält auch überregionale Versorgungsplanungsvorgaben. Darüberhinaus wird die Integration der verschiedenen Sektoren angegangen, wie z. B. Akutversorgung, Rehabilitation und Langzeitpflege oder stationäre und ambulante Versorgung. In diesem bundesweiten Strukturplan werden grundsätzliche Vorgaben gemacht, die von den Ländern in *Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG)* im Detail noch ausgestaltet werden müssen.¹³

D.1.3 Finanzierung

Überlappende
Typisierungen
→ fehlende
Recherchen

Vorbemerkung: In den KAZ-Statistiken¹⁴ werden als Kategorien verwendet: Krankenhäuser der *Akut- und Kurzzeitversorgung*, *Fondskrankenhäuser* und der *stationäre Bereich* (im Gegensatz zum ambulanten Bereich). Die drei Typisierungen sind nicht deckungsgleich. Im Weiteren wird oft von acht Krankenhäusern der Maximalversorgung gesprochen (= Krankenhäuser mit mehr als 900 Betten), ohne die Zahlen zu den drei Universitätskrankenhäusern separat auszuweisen. Es fehlte mir die Zeit, für jeden Bereich alle Zahlen differenziert zusammenzustellen. Trotzdem folgen einige Zahlen, um einen Überblick zu erhalten:

Fondskranken-
anstalten

«Für rund 45 Prozent aller [Akut?-] Krankenanstalten, die sogenannten Fondskrankenanstalten, wurde durch die Artikel-15a-Vereinbarung aus 1997 eine leistungsorientierte Abrechnung wirksam. In den Fondskrankenanstalten sind rund 70 Prozent der Bettenkapazität und rund 80 Prozent des Krankenanstaltenpersonals konzentriert.»¹⁵

– Anzahl:
129 Fonds-KH

2011 (2002) gab es in Österreich insgesamt 273 (267) Krankenhäuser. Davon waren 129 (144) Fondskrankenanstalten. Deren Anteil betrug somit 47 % (54 %). Unter den insgesamt 273 Krankenhäusern gab es 141 Akutkrankenhäuser.¹⁶

¹⁰ § 2a Abs. 5 KAKuG. Vgl. BMG-A [ÖSG, 2012]: 26.

¹¹ Vgl. BMG-A [ÖSG, 2012]: 24.

¹² Hofmarcher/Rack [Gesundheitssystem Oesterreich, 2006]: 198+218 ff.

¹³ BMG-A [ÖSG, 2012]: III+1.

¹⁴ KAZ = *Krankenanstalten in Zahlen*: <http://www.kaz.bmg.gv.at/>.

¹⁵ Hofmarcher/Riedel [Krankenanstaltenwesen, 2001]: 8.

¹⁶ <http://www.kaz.bmg.gv.at/ressourcen-inanspruchnahme/krankenanstalten.html>

Im Jahr 2011 (2002) betragen die Kosten der Fondskrankenanstalten € 11.4 Mia. (€ 7.8 Mia.). Der stationäre Anteil an diesen Kosten betrug 77.4 %. Damit ergaben sich für 2011 Kosten des stationären Bereichs von € 8.8 Mia.¹⁷

«Zur Wahrnehmung der im Rahmen der Gesundheitsreform 2005 übertragenen Aufgaben im Bereich der Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens richtete der Bund die *Bundesgesundheitsagentur* und jedes Land einen *Landesgesundheitsfonds (LGF)* ein. Diese – seit 2006 bestehenden – öffentlichrechtlichen Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit ersetzen die bis dahin in jedem Land bestehenden Krankenanstaltenfinanzierungsfonds.»¹⁸

Von den Krankenversicherern wurden im Jahr 2011 der Bundesagentur € 84 Mio. und den Landesgesundheitsfonds € 4 360 Mio. über den «Ausgleichsfonds zur Krankenanstaltenfinanzierung» überwiesen.¹⁹

Die soziale Krankenversicherung – eine Pflichtversicherung²⁰ – finanziert knapp die Hälfte der Gesundheitsausgaben (inkl. Langzeitpflege) (2004 waren es 45 %), Bund, Länder und Gemeinden etwa einen Viertel (2004: 25 %) und Private einen weiteren Viertel (2004: 25 %).²¹ Etwa 40 % der Gesundheitsausgaben entfallen auf den Krankenhaussektor.²²

«Die Mittel des Bundes zur Krankenanstaltenfinanzierung sind im Krankenanstaltengesetz (KAKuG) bzw. im Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG) festgelegt.»²³

– Kosten stationär:
€ 8.8 Mia.

Bundesgesundheitsagentur und Landesgesundheitsfonds

Mittelherkunft

Bundesgesetze zur Krankenhausfinanzierung

[2013-01].

¹⁷ «Endkosten» aus <http://www.kaz.bmg.gv.at/kosten.html> [2013-01]; BMG-A [KH-Statistik, 2012]: 17+51.

¹⁸ Rechnungshof-A [Bericht Bund 2010/5, 2010]: 18. Vgl. auch BMG-A [LKF Evaluierung, 2010]: 23 ff. Aufgaben, Organisation und Finanzierung sind beschrieben in der Staatsvereinbarung: BGBl-A [Vereinbarung gemäss Art. 15a B-VG, 2008]: Artikel 14 ff.

¹⁹ Sozialversicherung [Handbuch Sozialversicherung, 2012]: 78. – Der «Ausgleichsfonds zur Krankenanstaltenfinanzierung» (gemäss § 447f ASVG) ist ein Fonds der Sozialversicherungsträger. Gespeist wird er fast ausschliesslich von den Krankenversicherern. Die Unfallversicherungsträger und die Pensionsversicherungsträger leisten Beiträge, die in der Grössenordnung von einem Promille liegen.

²⁰ 2004 waren 97 % der Bevölkerung krankenversichert; 2011 waren 99.9 % der 8.4 Mio. Einwohner versichert. – Vgl. Hofmarcher/Rack [Gesundheitssystem Oesterreich, 2006]: 45 und Sozialversicherung [Handbuch Sozialversicherung, 2012]: 27.

²¹ Von den 25 % des Anteils Privater entfallen 13.5 % auf Selbstzahlung (indirekte Kostenbeteiligung) und 7.6 % auf Zuzahlungen (direkte Kostenbeteiligung). – Hofmarcher/Rack [Gesundheitssystem Oesterreich, 2006]: xiv f + 75 ff.

²² Vgl. Hofmarcher/Rack [Gesundheitssystem Oesterreich, 2006]: 190

²³ BMG-A [LKF Evaluierung, 2010]: 26.

Finanzierungsanteil LDF-Pauschalen: 63 %

2007 wurden 63 % «der stationären Endkosten^[24] der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten über LDF-Pauschalen vergütet. Der Anteil in den Bundesländern variierte zwischen 51 % und 85 %.»²⁵

D.1.4 Universitätskrankenhäuser

Drei Universitätskrankenhäuser

In Österreich gibt es unter den 141 Akutkrankenhäusern²⁶ drei Universitätskrankenhäuser:

- Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien.
- Landeskrankenhaus Graz (Steiermark).
- Landeskrankenhaus Innsbruck (Tirol).

Es besteht ein Projekt, in Linz (Oberösterreich) eine weitere medizinische Fakultät zu errichten.²⁷

D.2 Kostendifferenzen

Keine Recherchen

Es wurden keine Recherchen unternommen zur Frage, wie die Mehrkosten von Universitätskrankenhäusern zu quantifiziert werden. Für den *Klinischen Mehraufwand* scheinen eher Schätzungen als Berechnungen vorzuliegen.²⁸

Unterschiedliche Zuschläge

Bei der Abrechnung von Fallpauschalen werden Zuschläge auf den Basispreis gewährt. Sie sind sehr unterschiedlich: In Graz beträgt der Zuschlag 30 %, in Innsbruck 20 % und in Wien (seit 2009) 0 %. (Details s.

²⁴ «Endkosten inklusive Abschreibungen. Endkosten sind um Kostenminderungen und innerbetriebliche Verrechnungen bereinigte Kosten; Kostenminderungen entstehen beispielsweise durch nicht-medizinische Leistungen, die von einer Krankenanstalt für spitalexterne Nachfrage erbracht werden.» – Hofmarcher/Riedel [Krankenanstaltenwesen, 2001]: 9.

²⁵ BMG-A [LKF Evaluierung, 2010]: 27. – Die gesetzliche Mindestdeckung beträgt laut § 34 Abs. 1 KAKuG: «mindestens die Hälfte des Betriebsabganges». In BGBl-A [Vereinbarung gemäss Art. 15a B-VG, 2008]: Artikel 21 Z 1 wurden 51 % vereinbart.

²⁶ Unter <http://www.kaz.bmg.gv.at/ressourcen-inanspruchnahme/krankenanstalten.html> > Krankenanstalten mit Kennzahlen nach Versorgungsfunktion [2013-03] sind 100 *Allgemeine Krankenanstalten* und 41 *Sonderkrankenanstalten* aufgeführt.

²⁷ Das Projekt wurde 2009 gestartet. Im Wintersemester 2014/15 soll die Fakultät den Betrieb aufnehmen. Vgl. <http://www.meduni-linzooe.at/> [2013-05]; <http://www.jku.at/content/e213/e63/e58/e57?apath=e32681/e189960/e201491/e203883> [2013-05] und <http://www.jku.at/content/e213/e63/e43?apath=e32681/e189960/e204394/e205394> [2013-05].

²⁸ Offenbar wurden im Verlaufe der Jahre diverse Gutachten zur Frage der Berechnung des *Klinischen Mehraufwandes* von Universitätskrankenhäusern in Auftrag gegeben, ohne dass daraus je ein Berechnungsmodell akzeptiert worden wäre. – Vgl. Österreichischer Wissenschaftsrat [KMA, 2012]: 9.

unten.) Dies zeigt, dass die Berechnung der universitätsmedizinischen Zusatzkosten schwierig ist.

Auch der den Universitätskrankenhäusern zugesprochene Beitrag an den *Klinischen Mehraufwand* für Forschung und Lehre ist recht unterschiedlich: In Innsbruck liegt er bei 18 % der Betriebskosten, in Wien bei 5 % der Umsatzerlöse aus der Krankenversicherung. (Details s. unten.)

D.3 Aufgaben- und strukturbezogene Vergütungen

D.3.1 Der «Klinische Mehraufwand» für Forschung und Lehre

Die Mehrkosten für Forschung und Lehre werden in Österreich unter dem Stichwort *Klinischer Mehraufwand* zusammengefasst. Gemäss Gesetz ist vorgesehen, dass diese Kosten vom Bund entschädigt werden, und zwar sowohl die Investitions- wie auch die Betriebskosten.²⁹ Zwar wurden den drei Universitätskrankenhäusern in Österreich bis heute jährlich bereits mehrere Dutzend Millionen Euro bezahlt. Die Höhe dieser Zahlungen gab jedoch immer wieder Anlass zu Auseinandersetzungen und konnte nach wie vor nicht befriedigend geregelt werden.³⁰

Der *Klinische Mehraufwand* wird den drei österreichischen Universitätskrankenhäusern wie folgt rückvergütet:

In Wien ist das Allgemeine Krankenhaus Universitätskrankenhaus. Sein Rechtsträger ist die Stadt Wien. Es hat 2005 mit der Universität Wien eine Vereinbarung getroffen, wonach jährlich ca. € 40 Mio. zur Deckung des Klinischen Mehraufwandes vergütet werden. Die Regelung gilt bis 2015.³¹

Arbeitgeber für das ärztliche Personal ist die vom Bund finanzierte Universität Wien. Das Pflegepersonal hingegen ist von der Stadt Wien ange- stellt.

In Graz besteht seit der Verselbständigung der Medizinischen Universitäten im Jahre 2002 Uneinigkeit über die Höhe des Klinischen Mehraufwandes.³² Anfangs 2011 überwies die Medizinische Universität Graz der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft (KAGes) einen Betrag von € 26 Mio. Die KAGes budgetierte für 2010 jedoch € 60 Mio.

Forschung
und Lehre
= *Klinischer
Mehraufwand*

Universitäts-
krankenhäuser:
– Wien

– Graz

– Innsbruck

Auch in Innsbruck wird um den Klinischen Mehraufwand gestritten.³³

Der Verfassungsgerichtshof hat Anfang 2011 festgehalten, dass der Bund vorläufig weiterhin 18 % des Betriebsaufwandes zu übernehmen habe. Diese 18 % wurden bereits 1960 und 1981 vereinbart. In den Jahren 2007 bis 2010 sind – infolge der Reduktion der Zahlungen seitens des Bundes – Schulden von insgesamt € 81 Mio. aufgelaufen.

Der Verfassungsgerichtshof hat die Parteien beauftragt, aufgrund von «Unterlagen und Beweismitteln» den Beitrag neu zu vereinbaren. Ende 2011 war die Medizinische Universität (und damit der Bund) aufgrund eines eigenen Berechnungsmodells bereit, € 46 Mio. zu zahlen; die Tiroler Landeskrankenanstaltengesellschaft (Tilak) forderte jedoch € 63 Mio. Mitte 2012 einigte man sich auf Zahlungen von 2013 bis 2015 von je € 60 Mio. sowie auf Nachzahlungen für 2007 bis 2012 von insgesamt € 145 Mio.

Ein Nebenschauplatz dieser Auseinandersetzung war, dass im Landeskrankenhaus Innsbruck nur 46 % der Arztstellen vom Bund bezahlt werden statt wie bisher 50 %. Diese Situation entstand, nachdem der Bund 30 ärztliche Stellen abbaute, das Land jedoch 15 Stellen eigenständig wieder nachbesetzte. (NB: In Wien werden 100 % der Arztstellen vom Bund bezahlt.)

Finanzierungs-
anteile

Zusammenfassend stellt der Österreichische Wissenschaftsrat fest, dass die Abgeltung des *Klinischen Mehraufwandes* sehr bedeutsam sei, denn in Innsbruck z. B. würden damit grob gesehen 50 % der ÄrztInnen, 50 % der Neubau- und Sanierungskosten und 40 % der Gerätekosten finanziert.³⁴ Die Zahlen scheinen zwar etwas hoch zu sein, denn in Innsbruck liegt der richterlich festgelegte Betriebskostenbeitrag nur bei 18 % (in Wien sogar bei nur 5 %) des Betriebsumsatzes. Aber die oben genannten Anteile beziehen sich nicht auf die gesamten Kosten, sondern jeweils auf Kosten einer ausgewählten Teilaufgabe.

Forschung + Lehre:
Arbeitszeit-Anteile
(Wien)

Güntert et al. legen für das Universitätskrankenhaus in Wien Schätzungen für den Anteil der Arbeitszeit für Forschung und Lehre vor:³⁵

- Ärztlicher Dienst: 23 % bis 25 %.
- Pflege: 3 %.
- Medizin-technisches Personal: 8 %.

Im stationären Bereich betrage der Anteil am Gesamtbudget etwa 22 %, im ambulanten Bereich ca. 50 %.

²⁹ § 55 KAKuG: «Mehrkosten, die sich [...] aus den Bedürfnissen des Unterrichts ergeben». In BMG-A [LKF Evaluierung, 2010]: 26 wird dieser Artikel zitiert mit «Kosten, die sich [...] aus den Bedürfnissen der Lehre und Forschung ergeben». Analog von «Lehre und Forschung» wird auch in Rechnungshof-A [KMA, 2000]: 21 gesprochen. – Es gibt Vorschläge zur Berechnung und Ausgestaltung des *Klinischen Mehraufwandes* von Kriegl J [KMA, 2005]. In diese Arbeit konnte ich allerdings noch keinen Einblick nehmen.

³⁰ Vgl. z. B. Österreichischer Wissenschaftsrat [KMA, 2012].

³¹ Vgl. zum Folgenden: Österreichischer Wissenschaftsrat [KMA, 2012]: 3 f.

³² Vgl. zum Folgenden: Österreichischer Wissenschaftsrat [KMA, 2012]: 4 f.

³³ Vgl. zum Folgenden: Verfassungsgerichtshof-A [Zwischenerkenntnis, 2011], zitiert in: Österreichischer Wissenschaftsrat [KMA, 2012]: 5 f.

³⁴ Österreichischer Wissenschaftsrat [KMA, 2012]: 10.

³⁵ Güntert et al. [KMA Wien, 2004] zitiert in: Österreichischer Wissenschaftsrat [KMA, 2012]: 5 f.

Der *Klinische Mehraufwand* ging von 1997 bis 2004 nominell um über 30 % zurück. Im Verhältnis zu den (gestiegenen) Kosten der Fondskrankenanstalten sank er sogar um 47 %, nämlich von einem Anteil von 4.7 % auf einen Anteil von 2.5 %.³⁶

Beispielhaft für die Universitätskrankenhäuser seien die Zahlen für das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Wien aufgeführt. Im Jahr 2011 (2008) betrug die Summe der Leistungserlöse € 666 Mio. (€ 599 Mio.). Der vom Bund vergütete *Klinische Mehraufwand* betrug € 34 Mio. (€ 39 Mio.). Der Anteil des *KMA* an den Umsatzerlösen aus der Krankenversorgung³⁷ ging demnach von 6.5 % im Jahr 2008 zurück auf 5.1 % im Jahr 2011.³⁸

Rückgang der Zahlungen

Beispiel:
KMA für Wien:
5 %
► Tafel 13

D.3.2 Vergütungen der fachärztlichen Weiterbildung

«Die Anerkennung von Krankenanstalten einschließlich Lehrambulatorien als ärztliche Ausbildungsstätten» und «die Zuerkennung von ärztlichen Ausbildungsstellen» ist Sache des Bundes.³⁹

Wie die fachärztliche Weiterbildung in Österreich vergütet wird, wurde nicht recherchiert.

Keine Recherchen

³⁶ Hofmarcher/Rack [Gesundheitssystem Oesterreich, 2006]: 190, Tabelle 44.

³⁷ Umsatzerlöse = Leistungserlöse + Betriebskostenzuschüsse der Gemeinde + Klinischer Mehraufwand.

³⁸ AKH Wien [Geschäftsbericht 2011, 2013]: 24; AKH Wien [Geschäftsbericht 2009, 2010]: 24.

³⁹ BGBl-A [Vereinbarung gemäss Art. 15a B-VG, 2008]: Artikel 44. Vgl. auch Hofmarcher/Rack [Gesundheitssystem Oesterreich, 2006]: 165.

Tafel 13: AKH Wien 2008–2011: Erträge in Mio. €

Erlöskonto	% 2011	% Umsatz	2011	2010	2009	2008
SUMME	100.0 %		928	882	813	848
Umsatzerlöse	71.8 %	100.0 %	666	633	566	599
Leistungserlöse (stationär und ambulant)	51.1 %	71.2 %	474	392	385	410
Betriebskostenzuschuss der Gemeinde Wien	17.0 %	23.7 %	158	206	145	150
Bundesbeitrag zum Klinischen Mehraufwand	3.7 %	5.1 %	34	35	36	39
Sonstige Erlöse	28.2 %		262	249	247	249
Auflösung von Investitionskostenzuschüssen	9.9 %		92	90	87	86
Ersatz von Aufwendungen für die Altersversorgung	5.6 %		52	52	50	46
Beihilfen zu Kompensierung der nicht abzugsfähigen Vorsteuern für getätigte Investitionen	6.9 %		64	56		
Übrige betriebliche Erträge	5.8 %		54	51	110	117

D.3.3 Förderung des Transplantationswesens

€ 2.9 Mio. pro Jahr

Die Bundesgesundheitsagentur hat das Transplantationswesen mit einem Betrag von € 2.9 Mio. (maximal € 3.4 Mio.) zu fördern.⁴⁰

Clearingstelle

Dieses Geld erhält eine Clearingstelle. Sie hat sich um die Kontinuität von Organspenden «auf hohem Niveau» zu kümmern. (Ziel sind 30 OrganspenderInnen pro Million Einwohner.) Die Förderung umfasst auch Pauschalbeträge an Krankenhäuser, welche Spender betreuen.⁴¹

D.3.4 Investitionskosten

Die Investitionskosten der Krankenhäuser werden per Gesetz explizit nicht über den LDF-Punktwert vergütet.⁴²

Die Investitionen von Universitätskrankenhäusern werden über verschiedene Quellen finanziert, ein Teil davon als *Klinischer Mehraufwand*.⁴³ Da ich den Regelungen im Einzelnen aus Zeitgründen nicht nachgehen konnte, präsentiere ich hier als Beispiel die Situation in Wien:

Beispiel Wien

Das Allgemeine Krankenhaus in Wien (Universitätskrankenhaus)⁴⁴ wies im Jahr 2011 Investitionskosten von insgesamt € 92 Mio. aus.⁴⁵ Dies entsprach 14 % des Umsatzes von € 666 Mio.

► Tafel 13

Die im Jahr 2011 eingegangenen Investitionszuschüsse betragen total € 89.5 Mio.⁴⁶ Sie setzten sich zusammen aus:

- € 41 Mio. von der Gemeinde Wien (*kameraler Zuschuss*).
- € 14 Mio. vom Wiener Gesundheitsfonds (*kameraler Zuschuss*).⁴⁷
- € 27 Mio. übrige Zuschüsse von Bund, medizinischer Universität, Dritten sowie Nachaktivierungen.
- € 7.5 Mio. aus der Übergabe der *ARGE-AKH*.

⁴⁰ § 57 Abs. 6 Z 2 lit. a KAKuG.

⁴¹ BGBl-A [Vereinbarung gemäss Art. 15a B-VG, 2008]: Artikel 32.

⁴² § 27 Abs. 3 KAKuG.

⁴³ § 55 KAKuG.

⁴⁴ Vgl. zum Folgenden: AKH Wien [Geschäftsbericht 2011, 2013]: 20 ff, insbesondere S. 29.

⁴⁵ Buchhalterisch gesprochen wurden € 92 Mio. an Investitionszuschüssen erfolgswirksam aufgelöst. Es handelte sich dabei um € 91 Mio. Abschreibungen und um € 1 Mio. Buchwertabgänge.

⁴⁶ Investitionszuschüsse werden zunächst auf dem Konto *Investitionszuschüsse zum Anlagevermögen* passiviert. Ende Jahr werden sie in einem den laufenden Abschreibungen entsprechenden Umfang über das Konto *Erträge aus der Auflösung von Zuschüssen zum Anlagevermögen* wieder aufgelöst.

⁴⁷ Die Investitionszuschüsse des Wiener Gesundheitsfonds an Fondskrankenanstalten können maximal 40 % des Investitionsvolumens betragen. – <http://www.wien.gv.at/amtshefner/gesundheits/gesundheitsplanung/gesundheitsfonds/investitionszuschuss.html> [2013-03].

D.4 Einzelfallbezogene Vergütungen

D.4.1 Leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierung (LKF)

In Österreich wurde seit Ende der 80er-Jahre ein eigenes System zur leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierung (LKF) entwickelt. Nach Pilotprojekten 1995 in Vorarlberg und 1996 in Niederösterreich wurde es auf den 1.1.97 eingeführt.⁴⁸

Es werden zwei «Finanzierungsbereiche» unterschieden:⁴⁹

- Der *LKF-Kernbereich* für die fallbezogene Vergütung. Sie basiert – ähnlich wie in DRG-Systemen – auf einer Liste von *Leistungsbezogenen Diagnosen-Fallgruppen (LDF)*, die «bepunktet» sind. Dieser Bereich gilt in gleicher Weise in allen Bundesländern.⁵⁰
- Der *LKF-Steuerungsbereich* zur Vergütung besonderer Aufgaben. Die Bundesländer regeln in diesem Bereich eigenständig, wie die weiteren Gelder aus den «Landesgesundheitsfonds» den Krankenhäusern zugeteilt werden.

Im zweiten Bereich, im LKF-Steuerungsbereich konnten die Länder bis 2004⁵¹ die Finanzierung nach verschiedenen Kriterien, nach 2004 nur noch in Abhängigkeit der besonderen Versorgungsfunktionen der Krankenhäuser ausrichten.⁵² Die besonderen Versorgungsfunktionen wurden definiert als:⁵³

- Zentralversorgung. (Dazu gehören die Universitätskrankenhäuser.)
- Schwerpunktversorgung.
- Krankenhäuser mit speziellen fachlichen Versorgungsfunktionen.
- Krankenhäuser mit speziellen regionalen Versorgungsfunktionen.

⁴⁸ Vgl. Busse et al. [DRGs in Europe, 2011]: 179 ff; Painold [LKF, 2012]; Fischer [PCS, 1997]: 265–274.

⁴⁹ Vgl. BMG-A [LKF-Modell 2013, 2012]: 5.

⁵⁰ Details dazu vgl. Vgl. Busse et al. [DRGs in Europe, 2011]: 179 ff; Fischer [DRG-Systeme, 2000]: 109 ff (<http://www.fischer-zim.ch/text-pcssa/t-ga-E10-System-LDF-0003.htm>); Fischer [PCS, 1997]: 265–274.

⁵¹ Information zur Situation von 1997: Dienesch et al. [KH-Finanzierung, 1997]; Hofmarcher/Riedel [Krankenanstaltenwesen, 2001]. Information zur Situation von 2004: Hofmarcher/Rack [Gesundheitssystem Oesterreich, 2006]: 197 f. Vgl. auch Busse et al. [DRGs in Europe, 2011]: 190.

⁵² Kriterien für die Mittelverteilung konnten bis 2004 sein: Krankenanstaltentyp, Personalfaktor, apparative Ausstattung, Bausubstanz, Auslastung und Hotelkomponente. Ab 2005 konnte nur noch das Kriterium «besondere Versorgungsfunktion» verwendet werden. – Vgl. BMG-A [LKF Evaluierung, 2010]: 15; Hofmarcher/Rack [Gesundheitssystem Oesterreich, 2006]: 193.

⁵³ BGBl-A [Vereinbarung gemäss Art. 15a B-VG, 2008]: Artikel 27 Z 3.

Leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierung

Zwei Finanzierungsbereiche

↑ Tafel 17 (S. 70)

Steuerungsbereich

Besondere Versorgungsfunktionen

Legende

► Tafeln 14 bis 16

Tafel 14:
LKF-Kernbereich und LKF-Steuerungsbereich nach Bundesländern 1997

Bundesland	Kern-B. % LDF	Bezug Steuerungsbereich	G: Gewichtungen Steuer-Ber. F: Faktoren auf Basispreis
Wien	*	Personalausstattung und Nebenkosten und weitere Bezüge	F: Zwei Gewichtungen multipliziert mit einem jährlich veränderbaren Faktor
Niederösterreich	98	Krankenhaustyp	G: 1.0 – 1.7
Burgenland	70	Krankenhaus	G: Fixe Schlüssel je Krankenhaus (vier Häuser)
Oberösterreich	100	–	–
Steiermark	*	Krankenhaustyp	F: 1.00, 1.05, 1.10, 1.15
Kärnten	*	Krankenhaustyp	F: (0.8) 1.0, 1.1, 1.2
Salzburg	47 + 28	Krankenhaustyp	F: 0.9 – 1.6 auf den 28 %
Tirol	70	Krankenhaustyp	F: 1.0, 1.1, 1.4
Vorarlberg	85	Personalfaktor	G: 1 Faktor

Tafel 15:
LKF-Kernbereich und LKF-Steuerungsbereich nach Bundesländern 2004

Bundesland	Kern-B. % LDF	Bezug Steuerungsbereich	G: Gewichtungen Steuer-Ber. F: Faktoren auf Basispreis
Wien	*	Personalausstattung und Auslastung	...
Niederösterreich	*	Krankenhaustyp	...
Burgenland	70	Krankenhaus	...
Oberösterreich	100	–	–
Steiermark	*	Krankenhaustyp	F: 1.0, 1.05, 1.3
Kärnten	*	Krankenhaustyp	F: ...
Salzburg	?		
Tirol	70	Krankenhaustyp	F: ...
Vorarlberg	85	Personalfaktor	...

Tafel 16:
LKF-Kernbereich und LKF-Steuerungsbereich nach Bundesländern 2011

Bundesland	Kern-B. % LDF	Bezug Steuerungsbereich	G: Gewichtungen Steuer-Ber. F: Faktoren auf Basispreis
Steiermark	*	Krankenhaustyp	F: 1.0, 1.05, 1.3
Salzburg	75		...
Tirol	70	Krankenhaustyp	F: 1.0 + 1.2

Steuerungsbereich») sind die Variablen eingetragen, auf welche sich Gewichtungen im Steuerungsbereich bzw. Faktoren auf dem Basispreis bezogen.⁵⁴ Ein «*» in der Spalte «Kern-B. % LDF» bedeutet, dass die Vergütungen des Steuerungsbereichs vollständig über Faktoren auf dem Basispreis abgewickelt werden. In diesem Fall stehen in der letzten Spalte die Faktoren auf dem Basispreis. Sie sind mit einem «F:» eingeleitet.

Während der Faktor auf dem Basispreis für das Universitätskrankenhaus Innsbruck (Tirol) zwischen 1997 und 2011 von 1.4 auf 1.2 fiel, stieg er in Graz (Steiermark) von 1.15 auf 1.3.

Trotz der oben erwähnten Einschränkung der Bezugsgrößen auf Versorgungsfunktionen ab 2004 wandte man in Wien von 2005 bis 2008 Abschläge für Krankenhäuser mit einer Auslastung von weniger als 80 % an.⁵⁵

Für das Universitätskrankenhaus der Stadt Wien fiel ab 2009 der Faktor auf dem Basispreis weg.⁵⁶ (Recherchen über die Begründung dazu stehen noch aus.)

In der Steiermark wurde ab 2012 eine degressiv verlaufende Abgeltung der Leistungen oberhalb der vereinbarten LDF-Punktezahl eingeführt. Ab einer Übermenge von 10 % wird nichts mehr vergütet. Damit soll dem Anreiz zur Punktmaximierung entgegengetreten werden.⁵⁷

Bereits in der Abrechnung 2007 wurde in der Steiermark ein System gegen die «Punkteinflation» eingeführt. Es basierte auf einem «Anpassungsfaktor», der auf einem bundesweiten Benchmark beruhte.⁵⁸ Bereits im Folgejahr wurde dieses System wieder aufgehoben. Dies geschah, weil die

Δ Faktoren für
Uni-Krankenhäuser

Wien:
Auslastungsfaktor

Ab 2009 kein
Faktor mehr

Steiermark:
Keine Vergütung
von Übermengen
ab +10 %

⁵⁴ Angaben zu 1997 aus: Dienesch et al. [KH-Finanzierung, 1997]. Angaben zu 2004 aus: Hofmarcher/Rack [Gesundheitssystem Oesterreich, 2006]: 198. Angaben zu 2011 aus den Geschäftsberichten der Landesgesundheitsfonds.

⁵⁵ «Das LKF-Modell des WGF [Wiener Gesundheitsfonds] berücksichtigte auch im Zeitraum 2005 bis 2008 bei bis zu fünf Fondskrankenanstalten, deren Auslastung weniger als 80 % betrug, einen Abschlagsfaktor. Für 2009 war dieser Faktor nicht mehr vorgesehen. [...] Der RH beurteilte die Weiterverwendung des Parameters «Auslastung» von 2005 bis 2008 als nicht vereinbarungskonform.» – Rechnungshof-A [Bericht Bund 2010/5, 2010]: 26.

⁵⁶ AKH Wien [Geschäftsbericht 2009, 2010]: 32.

⁵⁷ Vgl. Painold [LKF, 2012]: 68 ff.

⁵⁸ Aufgrund der Daten 2005 wurden die «Punkte je EinwohnerInnen pro LDF-Klasse und Altersgruppe» für alle Leistungen an ÖsterreicherInnen (ausgenommen SteierInnen) errechnet. Aus dieser Kennzahl wurden dann die SOLL-Punkte pro Region, LDF-Klasse und Altersgruppe in der Steiermark abgeleitet. Aus diesen SOLL-Punkten und dem jeweiligen Marktanteil der Fondskrankenanstalten liessen sich die Norm-Punkte pro Region, LDF-Klasse und Altersgruppe in der Steiermark für die Fondskrankenanstalten ermitteln.» Als Regionen wurden die Bezirke gewählt. – Vor der Vornahme dieser Berechnungen wurden die LKF-Gewichte von 1.3 bzw. 1.05 für das Universitätskrankenhaus in Graz und zwei weitere Krankenhäuser angewandt. – Die Anpassungsfaktoren lagen zwischen 93 % und 100 %. – Gesundheitsfonds Steiermark [Jahresbericht 2007, 2008]: 28 ff.

Krankenhäuser konkrete Massnahmen zur Reduktion der Krankenhäusfälle einzuleiten gewillt waren.⁵⁹

Salzburg: Grösster
Steuerungsbereich

Die Regelung in Salzburg war zu Beginn mehrstufig und berücksichtigte auch historische Kosten. Für 1997 und 1998 wurde daraus ein Anteil von 56 % für den LKF-Kernbereich berechnet. Damit hatte Salzburg den grössten Steuerungsbereich (ca. 44 %).⁶⁰

Privatkranken-
häuser: Nur
LDF-Pauschalen

Für Privatkrankenhäuser gilt der LKF-Steuerungsbereich nicht. Es gibt nur die Vergütung von LDF-Pauschalen mit einem bundesweit einheitlichen Basispreis.⁶¹

Globalbudget

Alle vier Jahre werden Finanzausgleichsverhandlungen zwischen Bund und Ländern geführt. Für die Krankenhäuser gibt es «eine (partielle) globale Budgetkontrolle». ⁶² Für die Fondskrankenhäuser wird der Basispreis aufgrund der Summe der Kosten und der LDF-Punkte pro Land berechnet. Für die über den PRIKRAF finanzierten Privatkrankenhäuser werden diese Summen bundesweit ermittelt.⁶³

1997 eingeführt
► Tafel 17

D.4.2 LDF-Vergütungspauschalen mit Leistungs- und Tageskomponenten

Das seit 1997 als Basis der *Leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierung (LKF)* zur Vergütung verwendete Patientenklassifikationssystem *Leistungsbezogene Diagnosen-Fallgruppen (LDF)* ist eine österreichische Eigenentwicklung.

Ca. 900
Fallgruppen

Im ersten System von 1997 waren 916 Fallgruppen (in 394 Basisfallgruppen) definiert. Im System von 2013 gibt es 998 LDFs (in 427 Basis-LDFs).

Das System weist bei chirurgischen Eingriffen prozedurenbezogene, bei konservativen Behandlungen diagnosebezogene LDFs zu.

⁵⁹ Vgl. Gesundheitsfonds Steiermark [Jahresbericht 2008, 2009]: 30.

⁶⁰ Vgl. Hofmarcher/Riedel [Krankenanstaltenwesen, 2001]: 11; Dienesch et al. [KH-Finanzierung, 1997]: 17.

⁶¹ Die Abwicklung der Finanzierung der etwa ca. 43 Privatkrankenhäuser erfolgt über den *Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF)*. – Vgl. Sebek [LKF 1997 – 2009, 2008]: 2; Hofmarcher/Rack [Gesundheitssystem Oesterreich, 2006]: 38 + 64 f; Busse et al. [DRGs in Europe, 2011]: 178. – Einheitlicher Basispreis: http://www.prikraf.at/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=23 [2013-01].

⁶² Hofmarcher/Rack [Gesundheitssystem Oesterreich, 2006]: 188.

⁶³ Vgl. Busse et al. [DRGs in Europe, 2011]: 189.

Die Vergütung setzt sich zusammen aus einer oder mehreren fallpauschalen *Leistungskomponenten*, tagespauschalen *Tageskomponenten* sowie tagespauschalen Vergütungen für die Tage mit Intensivpflege. Zusätzliche Tage für Langlieger werden mit degressiven Tagespauschalen vergütet.

Einem Behandlungsfall können mehrere LDFs zugeordnet werden, jedoch nicht in Abhängigkeit von zusätzlichen Diagnosen, sondern nur aufgrund von zusätzlich erbrachten ausgewählten medizinischen Einzelleistungen.⁶⁴ Zusätzliche LDFs werden nicht voll vergütet, es wird nur noch deren «Leistungskomponente» aufgerechnet.

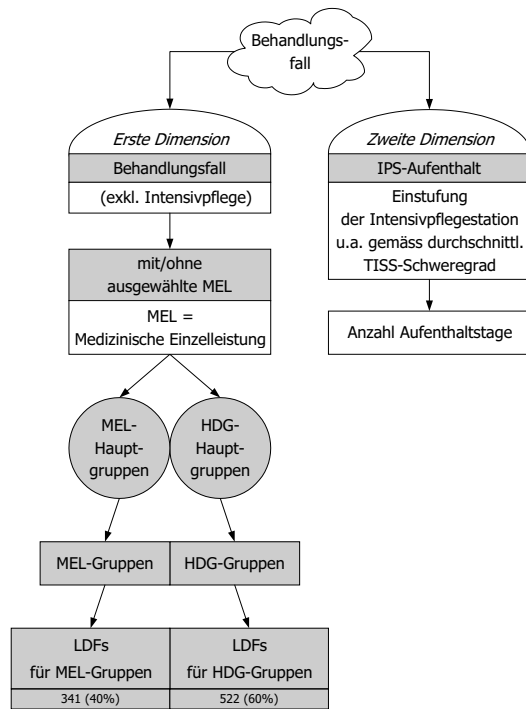
Bei mehreren operativen Leistungen am selben Tag gilt ein reduzierter Leistungszuschlag.⁶⁵

Kombination von Fallpauschalen und Tagespauschalen
 ▶ **Tafel 18**
 Mehrere LDFs pro Fall

⁶⁴ Vgl. in BMG-A [LKF-Modell 2013, 2012]: 44 den Pfad zur Position 3.3.2.

⁶⁵ BMG-A [LKF-Modell 2013, 2012]: 46 f. Vgl. Painold [LKF, 2012]: 32. Vgl. auch Busse et al. [DRGs in Europe, 2011]: 189.

Tafel 17:
 Hierarchiestufen LDF



Zahlenangaben: Anzahl Gruppen in LDF'99 (in % von der Gesamtanzahl 863)

Quelle: Fischer [DRGs im Vergleich, 1999]: 44.

Keine Sonderregeln für Wiedereintritte und Verlegungen

Die LDF-Bepunktungsregeln gelten auch bei Wiedereintritten und bei Verlegungen aus anderen Krankenhäusern: Solche Behandlungen werden vergütungstechnisch gleich gehandhabt wie «normale Aufnahmen».⁶⁶

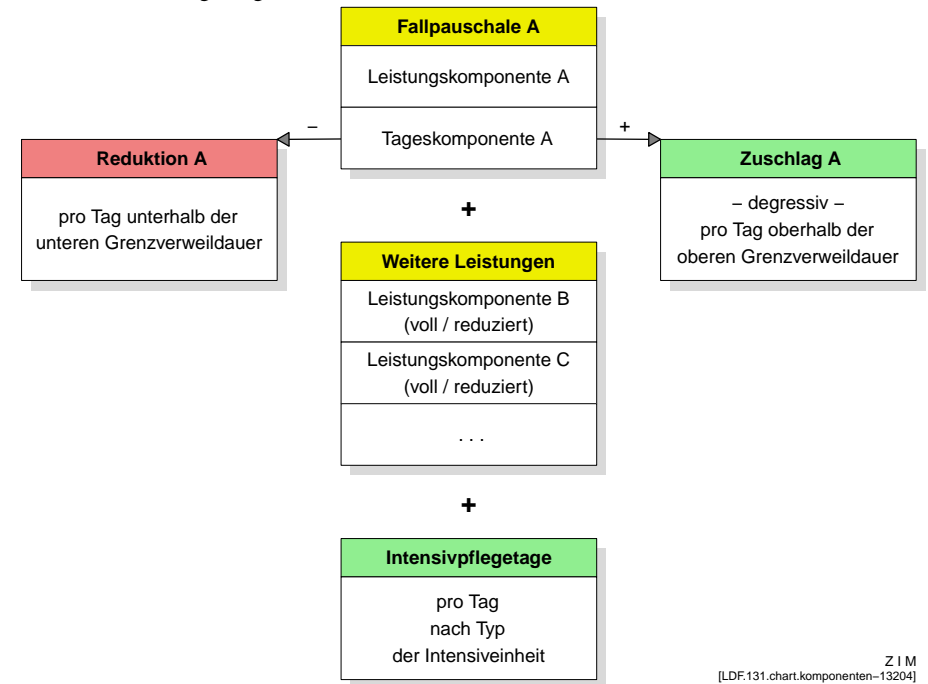
LDF-Nachkalkulationen

Nach der LDF-Einführung von 1997 gab es bisher zwei Revisionen der Kostenkalkulation. Die LDF-Punkte wurden in den Jahren 2002 und 2009 angepasst. Die nächste Nachkalkulation soll 2016 wirksam werden.⁶⁷

⁶⁶ BMG-A [LKF-Modell 2013, 2012]: 45 f.

⁶⁷ BMG-A [LKF-Modell 2013, 2012]: 7; BMG-A [LKF-System, 2012]: 17 ff + 23.

Tafel 18: LDF-Vergütungsschema



Z I M
 [LDF.131.chart.komponenten-13204]

Quelle: Nach Fischer [PCS, 1997]: 270

D.4.3 Zusatzgewichtung für Intensivmedizin

Seit dem LKF-Modell 2002 wird unterschieden zwischen «Intensivüberwachungseinheiten» und «Intensivbehandlungseinheiten». ⁶⁸ Zu Intensivbehandlungseinheiten sind drei Stufen definiert. Sie unterscheiden sich bezüglich der Verfügbarkeit eines intensivmedizinischen Facharztes (im Krankenhaus verfügbar / überwiegend / ausschliesslich für die Intensivbehandlungseinheit zuständig) sowie bezüglich der Ausstattung. ⁶⁹ Die Einstufung erfolgt aufgrund der Intensivdokumentation. Sie wird jährlich erneut bestimmt, genehmigt und im *Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG)* festgehalten. ⁷⁰

Intensivbehandlungseinheiten der Stufe 3 für Erwachsene können nur in Zentral- oder Schwerpunktkrankenhäusern mit mindestens 300 Betten, in Krankenhäusern mit einem besonderen Leistungsauftrag oder in Krankenhäusern, die andere Krankenhäuser intensivmedizinisch mitversorgen, als solche anerkannt werden. ⁷¹

Die Intensivbehandlungen werden zusätzlich zu den LDF-Pauschalen vergütet. Es gibt Tagespauschalen, die abhängig von der Einstufung der Intensivereinheit und von deren Auslastung sind.

⁶⁸ BMSG-A [LKF-Modell 2002, 2001]: 7. – Intensivüberwachungseinheiten müssen keine «Intensiv-Berichterstattung» abliefern. Zu den Intensivüberwachungseinheiten gehören auch die Herzüberwachungsstation und die Intermediäre Überwachungsstation. Die postoperativen Aufwachstationen gehören *nicht* zu den Intensivereinheiten. BMG-A [LKF-Modell 2013, 2012]: 12. – Die Voraussetzungen und Qualitätskriterien zur Intensivmedizin sind definiert in: BMG-A [ÖSG, 2012]: 38 ff und in BMG-A [LKF-Modell 2013, 2012]: 13. – Vgl. im Weiteren auch: BMG-A [LKF Evaluierung, 2010]: 34 f.

⁶⁹ BMG-A [ÖSG, 2012]: 40 ff. – Zum Beispiel müssen Intensivüberwachungseinheiten mit mindestens vier Betten ausgestattet sein, Intensivbehandlungseinheiten mit mindestens sechs.

⁷⁰ BMG-A [LKF-Modell 2013, 2012]: 10 ff.

⁷¹ BMG-A [LKF-Modell 2013, 2012]: 11. – Einen besonderen Leistungsauftrag kann z. B. ein Krankenhaus haben, das mindestens eine Fachabteilung aus den Bereichen Neurochirurgie, Herzchirurgie, Thoraxchirurgie mit einem überregionalen Versorgungsauftrag betreibt.

Ausbaustufen

Sonderbehandlung der Zentral- und Schwerpunktmedizin

Intensivpunkte
► Tafel 19

Tafel 19:
LKF 2013: Kriterien für die Einstufung von Intensivereinheiten

	Stufe	Ø TISS-28	Pflegepers. pro Bett	mind. Betten	LDF-Punkte / Tag
Intensivüberwachungseinheit	–	–	≥ 1.5:1	4	+ 386
Intensivbehandlungseinheit	Stufe I	≥ 22	≥ 2.0:1	6	+ 640
	Stufe II	≥ 27	≥ 2.5:1	6	+ 932
	Stufe III	≥ 32	≥ 3.0:1	6	+ 1487

Positiv wirkender Korrekturfaktor für Intensivbehandlung

Für jede Intensivbehandlungseinheit wird aufgrund einer Schätzung des Mindestbettenbedarfs ein Korrekturfaktor berechnet. Er wird umso höher, je höher die Auslastung ist. Damit soll «eine bedarfsgerechte Nutzung der Intensivstationen sichergestellt» werden. ⁷²

Als Mindestbedarf gelten alle Intensivtage, an denen mindestens sechzehn TISS-28-Punkte erreicht worden waren. Zur Berechnung der minimal benötigten Betten wird von einer Sollauslastung der «systemisierten Betten» ⁷³ von 70 % ausgegangen. Der Korrekturfaktor beträgt maximal 1.2. Mit diesem Faktor wird die Intensivtagespauschale multipliziert. Er gilt für alle Intensivtage, also auch für jene mit weniger als sechzehn TISS-28-Punkten. ⁷⁴

Gemäss Auskunft des Bundesministeriums für Gesundheit wird angestrebt, in künftigen Modellen ohne den Korrekturfaktor auszukommen. Ursprünglich sei er eher temporär als eine Art Anschubfinanzierung gedacht gewesen, um die Vorhaltekapazitäten von überlasteten Intensivereinheiten aufstocken zu können. ⁷⁵

Negativ wirkender Auslastungsfaktor für Intensivüberwachung

Für Intensivüberwachungseinheiten wird ein Auslastungsfaktor angewandt, der gerade umgekehrt als der Korrekturfaktor für Intensivbehandlungseinheiten wirkt: Bei Jahresauslastungen von über 80 % wird die Intensivtagespauschale über einen Multiplikator herabgesetzt, der berechnet wird als: $0.80 / \text{Istauslastung}$. ⁷⁶

Gemäss Auskunft des Bundesministeriums für Gesundheit wird der Auslastungsfaktor wie folgt begründet: Da bei den Intensivüberwachungseinheiten keine Dokumentation eingefordert werde, sei es schwierig zu überprüfen, ob die Behandlungen notwendig waren. Mit der Reduktion der Vergütung bei Auslastungen über 80 % werde damit dem Anreiz, die Auslastung zu maximieren, entgegengewirkt. ⁷⁷

⁷² BMG-A [LKF-Modell 2013, 2012]: 13.

⁷³ «Betten (inkl. Tagesklinikbetten), die durch sanitätsbehördliche Bewilligung festgelegt sind.» – http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Erlaeuterungen.pdf [2013-01]

⁷⁴ In BMG-A [LKF-Modell 2013, 2012]: 14 ist das folgende Beispiel zur Berechnung des Korrekturfaktors aufgeführt:

- Anzahl («systemisierte») Intensivbetten: 8 Betten.
- 1000 Tage mit weniger als 16 TISS-28-Punkten.
- 1500 Tage mit mehr als 16 TISS-28-Punkten, mit einem Mittelwert von 23 Punkten.
- Stufe I → Intensivtagespauschale = 640 Punkte.
- [Info: Durchschnittlich belegte Betten: $(1000 + 1500) / 365 = 6.8$ Betten.]
- Erforderliche Mindestbettenzahl: $1500 / 365 = 4.1$ Betten.
- Sollbetten (bei einer Sollauslastung von 70 %): $4.1 / 0.70 = 5.9$ Betten.
- Korrekturfaktor = $5.9 / 8$ Betten = 0.74 .
- Korrigierte Intensivtagespauschale: $640 \times 0.74 = 474$ Punkte.

⁷⁵ Interne Referenz: E-Post von Dr. A. Egger / BMG-A, 8.2.2013.

⁷⁶ BMG-A [LKF-Modell 2013, 2012]: 12 + 53.

⁷⁷ Interne Referenz: E-Post von Dr. A. Egger / BMG-A, 8.2.2013.

Neonatologische und pädiatrische Intensivseinheiten müssen Intensivbehandlungen zwar dokumentieren, aber keine Intensivberichte abliefern. Anhand der Dokumentation wird die Plausibilität der Behandlungen ermittelt. Tage auf neonatologischen und pädiatrischen Intensivbehandlungseinheiten werden wie Tage auf Intensivbehandlungseinheiten für Erwachsene der Stufe 2 vergütet. Wenn weniger als 70 % der Behandlungen als plausibel eingestuft wurden, werden die Zusatzpunkte proportional gekürzt; bei einem Anteil unter 30 % können keine Zusatzpunkte mehr abgerechnet werden.⁷⁸

Auf onkologischen pädiatrischen Intensivseinheiten gibt es keine solche Reduktion.

D.4.4 Teure Implantate und Medikamente

(Teure) Implantate und Medikamente sind Kostenbestandteile der LDFs. Eine separate Vergütung, z. B. über Zusatzentgelte, gibt es nicht.⁷⁹

Für chemotherapeutische Behandlungen gibt es eigene LDFs, die sich zum Teil aufgrund der verwendeten Medikamente unterscheiden.⁸⁰

D.4.5 Kurz- und Langliegervergütung

Die Verweildauergrenzen wurden für die (chirurgischen) MEL-Gruppen aufgrund der mittleren 80 % der Behandlungsfälle und für die (medizinischen) HDG-Gruppen aufgrund der mittleren 60 % berechnet.⁸¹

Bei Kurzliegern wird die Tageskomponente linear gekürzt.⁸²

Für Langlieger wird die Tageskomponente degressiv ausbezahlt. Der für jeden Aufenthaltstag einzeln zu bestimmende Degressionsfaktor wird berechnet als Verweildauerobergrenze dividiert durch die Nummer des Pflegetages. Dies gibt Werte unter 1, die von Tag zu Tag kleiner werden. Wird die halbe Tageskomponente erreicht, gibt es für die anschließenden Behandlungstage keine weitere Senkung mehr.⁸³

Neonatologische und pädiatrische Intensivseinheiten

Kurzlieger:
Reduktion pro Tag
Langlieger:
Degressive
Tagespauschale

⁷⁸ BMG-A [LKF-Modell 2013, 2012]: 14 f + 54.

⁷⁹ Vgl. Kobel et al. [LDF + EuroDRGs, 2012]: 33.

⁸⁰ Chemotherapeutische LDFs sind unter MEL 22 zu finden. – Vgl. auch: BMG-A [LKF Evaluierung, 2010]: 97.

⁸¹ BMG-A [LKF Evaluierung, 2010]: 4.

⁸² BMG-A [LKF-Modell 2013, 2012]: 49.

⁸³ BMG-A [LKF-Modell 2013, 2012]: 47 f.

D.4.6 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Neue Leistungen in Universitätskliniken

Seit 2009 können «für Leistungen im Bereich der Spitzenmedizin vorläufige Codes vergeben» werden.⁸⁴ Die Leistungen müssen an «Universitätskliniken/Referenzzentren» erbracht werden, aber nicht im Rahmen von Forschung und Lehre. Sie dürfen auch nicht über den *Klinischen Mehraufwand* finanziert sein. Als Gewichtung werden die LDF-Punkte einer bereits bestehenden LDF verwendet.

Die neuen Leistungen werden jährlich einmal festgelegt und gelten bundesweit für ein Jahr.

Für das Jahr 2013 sind acht solche Behandlungen definiert worden.

D.5 Defizitdeckung

Anteil der fallpauschalierten Vergütungen

Über die fallbezogenen LDF-Punkte müssen mindestens 51 % der Betriebskosten der Fondskrankenhäuser vergütet werden.⁸⁵ Im Jahr 2007 lagen diese Anteile in den Bundesländern zwischen 51 % und 85 %, im Durchschnitt bei 63 %.⁸⁶

KH-spezifische Basispreise
Defizitdeckung

In manchen Ländern gibt es per Verordnung festgelegte krankenhausspezifische Faktoren zum Basispreis.⁸⁷

► Tafel 20

Die Defizite (*Betriebsabgänge*) – d. h. die Kostenanteile, die durch LKF-Vergütungen und weitere Erlöse nicht gedeckt sind – werden in allen Ländern von Land und Gemeinden getragen oder zumindest zu grossen Teilen mitgetragen. In einigen Ländern geschieht das via Landesgesundheitsfonds. Am höchsten ist der Anteil der Rechtsträger an der Defizitbeteiligung mit 50 % im Land Salzburg. (Dies entspricht dem bundesgesetzlichen Maximum.⁸⁸) In vielen Ländern aber ist die Finanzierung der Krankenhäuser

⁸⁴ Vgl. zum Folgenden: BMG-A [LKF-Modell 2013, 2012]: 39 f. Die Anträge können elektronisch erfasst werden unter: <http://mel.lkf.bmg.gv.at/> (*Verwaltung von Änderungs- und Ergänzungsvorschlägen für den Leistungskatalog des BMG*). Vgl. dazu auch das Beispiel in: Painold [LKF, 2012]: 52–59.

⁸⁵ BGBl-A [Vereinbarung gemäss Art. 15a B-VG, 2008]: Artikel 21 Z 1.

⁸⁶ BMG-A [LKF Evaluierung, 2010]: 27.

⁸⁷ Angetroffen habe ich das über den Suchbegriff «LKF-Gebühren» im Tirol und im Vorarlberg. Nach weiteren Regelungen habe ich nicht gesucht. – In http://de.wikipedia.org/wiki/Leistungsorientierte_Krankenanstaltenfinanzierung [2013-06] ist notiert: «Generell sind die LKF-Punkte als Vergleichswert zu sehen, die dann je nach Bundesland, aber auch je nach Spital zu einer komplizierten Auszahlung in Euro führen. Häufig gibt es eine sogenannte Betriebsabgangsdeckung, wo also ein Financier, meist die öffentliche Hand, sich bereit erklärt, den Verlust (Betriebsabgang) zu bezahlen. In der ursprünglichen Kalkulation der LKF-Scoringpunkte ging man von der Grösse 1 Punkt = 1 Euro aus, durch die oben genannten Umstände kann aber dann de facto für einen Punkt z.B. nur 60 Cent bezahlt werden, weil noch aus anderen Bereichen («Töpfen») Geld gegeben wird und umgekehrt nicht alle Mittel in den «LKF-Topf» eingebracht werden.»

⁸⁸ In § 34 Abs. 1 KAKuG wurde bestimmt, dass der Rechtsträger höchstens 50 % selbst zu tragen hat.

ser aus öffentlichen Geldern über diese Defizitdeckung sehr hoch. Dadurch werden «die Anreizwirkungen einer prospektiven Fallpauschalierung gemindert».⁸⁹

D.6 Diskurs

D.6.1 Begründungen für höhere Zahlungen

Begründungen für eine höhere Vergütung der Universitätsmedizin:

- Die Bundesländer können die Aufgaben der Spitzenversorgung nicht allein finanzieren. Gesundheitsforschung ist nötig, denn «ohne Gesundheitsforschung ist das bereits erreichte hohe Niveau der gesundheitlichen Versorgung nicht zu halten».⁹⁰
- Hohes Versorgungsniveau halten

⁸⁹ BMG-A [LKF Evaluierung, 2010]: 2 + 30 ff.

⁹⁰ Österreichischer Wissenschaftsrat [KMA, 2012]: 12.

Tafel 20: Defizitdeckung in den österreichischen Bundesländern (nach: BMG-A 2010: 31).

Land	Land	Gmde	LGF	Träger	Anmerkung
B	(90)	(10)	100	–	Abwicklung über den Landesgesundheitsfonds
K	70	30	–	–	für Landeskrankenanstalten (KABEG)
	49	49	–	2	für konfessionelle Krankenanstalten
	100	–	–	–	für a.ö. Krankenhaus Spittal/Drau
NÖ	+	+	–	Rest	Prospektive Pauschalabgeltung von 100%. Am Jahresende verbleibendes Defizit muss von Träger übernommen werden.
OÖ	59	33	–	18	85 % der benötigten Mittel werden über den Landesbeitrag (Land 60 % und Gemeinde 40 %) und 15 % über die Träger aufgebracht. Pro Krankenhaus ist eine Höchstdeckung von 96 % festgesetzt, d. h. 4 % verbleiben beim Träger.
S	25	25	–	50	
ST	100	–	–	–	Den KAGes-KA wird der Betriebsabgang zu 100 % abgegolten.
	unter 100	–	–	wenig	Alle anderen Rechtsträger müssen aufgrund privatrechtlicher Einzelverträge einen kleinen Restabdeckungsbeitrag leisten.
T	+	+	–	Rest	Jährlich valorisierte Mittel zur Finanzierung der Abgangsdeckung werden vom Land und den Gemeinden in den LGF eingebracht.
V	40	40	–	20	
W	?	?	50	?	Für öffentliche Fondskrankenanstalten, deren Rechtsträger nicht die Stadt Wien ist, leistet der Wiener Gesundheitsfonds (gem. § 56 Wr. KAG) einen Beitrag von 50 % des Betriebsabganges.
	?	?	?	?	Für die KAV-Krankenanstalten finden sich im Wiener KAG keine spezifischen Regelungen.

Internationales Ansehen gewinnen

- Durch die überwiegend durch den Bund getragene Finanzierung der klinischen Forschung und der Grundlagenforschung im Rahmen des *Klinischen Mehraufwandes* «haben die drei Medizinischen Universitäten [...] international in der Gesundheitsforschung eindeutig an Gewicht gewonnen».⁹¹

D.6.2 Revisionsvorschläge

Diskussionspunkte:

Forschung und Lehre

- Es gibt immer noch keine Bundesverordnung zum *klinischen Mehraufwand* zur Vergütung von Forschung und Lehre. (Gemäss § 56 KAKuG sind die Details zum *Klinischen Mehraufwand* in einer Bundesverordnung zu regeln. Dies ist aber seit dem Erlass des Bundesgesetzes im Jahr 1956 noch nicht erfolgt.)⁹²

Vorschläge des Rechnungshofes:

Bundesweite Vergleichbarkeit

- Es sollte klar definierte Kriterien für den Steuerungsbereich geben, damit das LKF-System bundesweit vergleichbar wird.⁹³
- Die Mittelverteilung zwischen Kern- und Steuerungsbereich sollte in allen Ländern einheitlich erfolgen.
- In Wien werden 100 %, in Graz und Innsbruck jedoch nur 50 % der Arztstellen vom Bund finanziert. Der Rechnungshof fordert Gleichbehandlung.⁹⁴
- Für die krankenhaustypbezogenen Gewichtungsfaktoren sollte eine Obergrenze festgelegt werden.⁹⁵

Vorschläge aus dem Bericht zur LKF-Evaluation:

Einführung Kostenträgerrechnung

- Die Kostenstellen sollten standardisiert und eine Kostenträgerrechnung eingeführt werden, um die kostenmässigen Auswirkungen von

⁹¹ Österreichischer Wissenschaftsrat [KMA, 2012]: 12.

⁹² Rechnungshof-A [KMA, 2000]: 24 (§ 5.1); Verfassungsgerichtshof-A [Zwischenkenntnis, 2011]: 23 (§ 1.2); WIFO et al. [Vorschläge, 2011]: 15.

⁹³ WIFO et al. [Vorschläge, 2011]: 15.

⁹⁴ Österreichischer Wissenschaftsrat [KMA, 2012]: 9 f.

⁹⁵ Zitat zu den letzten beiden Punkten: «(2) Neben einer einheitlichen, verbindlichen Regelung der Fondsdotation sollte im Zusammenwirken mit den Ländern die Mittelverteilung zwischen dem Kern- und Steuerungsbereich und das maximale Ausmaß der Gewichtungsfaktoren im Steuerungsbereich einheitlich geregelt werden. (3) Die Kriterien für den Steuerungsbereich sollten im Zusammenwirken mit den Ländern zukünftig klar definiert werden.» – Rechnungshof-A [Bericht Bund 2010/5, 2010]: 56.

Einflussfaktoren der *Erweiterten Versorgung* gegenüber der *Basisversorgung* separieren zu können.⁹⁶

Vorschläge des Österreichischen Wissenschaftsrates zur weiteren Entwicklung.⁹⁷

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Die Berechnung des <i>Klinischen Mehraufwandes</i> ist zu vereinfachen und als prozentuale «Beteiligung des Bundes am Personal-, Betriebs- und Einrichtungsaufwand der Universitätskliniken» festzulegen.⁹⁸ Als Ziele sollten «die Steigerung der wissenschaftlichen Leistungsfähigkeit und der internationalen Sichtbarkeit der universitären Medizin Österreichs» vereinbart werden. • Der prozentuale Beitrag könnte in einem Sockelbeitrag (von ca. 18 Prozent) fest zugesprochen werden und 5 % bis 7 % könnten «auf Antrag kompetitiv an die verschiedenen Kliniken [...] für gezielte Projekte der Forschung und Lehre verausgabt werden».⁹⁹ • Es sollten Leistungsvereinbarungen zwischen den Medizinischen Universitäten und den Ländern als Träger der Krankenhäuser abgeschlossen werden. • Die Regelungen mit den drei Universitäten müssen vom Grundsatz her identisch sein, insbesondere bezüglich des Anteiles der finanzierten Ärzte. • Es sollte nicht mehr landes- und bundesbediensteten Ärzte geben. Jeder Arzt sollte frei sein zu entscheiden, in welchem Ausmass er Forschung und Lehre betreibt. • Die vom Bund übernommenen Saläre der Ärzte sollten nicht separat, sondern im Rahmen des <i>Klinischen Mehraufwandes</i> verrechnet werden. • Der in den 40er-Jahren vereinbarte Beitrag für die Infrastrukturkosten von 18 % der Betriebskosten muss neu berechnet werden und wird schätzungsweise 21 % bis 25 % betragen. | <p>Berechnung vereinfachen</p> <p>Fixer und variabler Beitrag</p> <p>Leistungsvereinbarungen</p> <p>Gleiche Regeln für alle</p> <p>Nur ein Arbeitgeber für Ärzte</p> <p>Arztsaläre integrieren</p> <p>Berechnungen aktualisieren</p> |
|---|--|

⁹⁶ «Eine krankenanstaltenspezifische Modifizierung der Pauschalen durch Punktezuschläge über den Steuerbereich macht aus landespolitischer Sicht nur Sinn, wenn die Abweichungen sich zur Sicherstellung der Versorgung begründen lassen. Es wäre im Einzelnen zu untersuchen, inwieweit die bundeslandspezifischen Zuschläge Abweichungen im Preis- und Gehaltsniveau ausgleichen oder auf andere Mitteleinsätze (Eigenleistung/Fremdbezug) zurückzuführen sind. Hierzu sind eine Standardisierung der Kostenstellen und eine Kostenträgerrechnung in der Kostenkalkulation Voraussetzung.» BMG-A [LKF Evaluierung, 2010]: 88 (§ 233). Vgl. auch Kobel et al. [LDF + EuroDRGs, 2012]: 34.

⁹⁷ Vgl. zum Folgenden: Österreichischer Wissenschaftsrat [KMA, 2012]: 12–15.

⁹⁸ Damit wird ein Vorschlag des Rechnungshofes aus dem Jahr 2000 zitiert: Rechnungshof-A [KMA, 2000]: 23 (§ 4.2) + 29.

⁹⁹ Österreichischer Wissenschaftsrat [KMA, 2012]: 13 f.

D.7 Zusammenfassung ausgewählter Regelungen

Ausgangssituation

Drei Universitätskrankenhäuser
Höhere Kosten

In Österreich gibt es unter 141 Akutkrankenhäusern drei Universitätskrankenhäuser: Wien, Graz und Innsbruck.

Alle Universitätskrankenhäuser weisen überdurchschnittlich hohe Betriebskosten pro LDF¹⁰⁰-Punkt aus. Dies wird aus politischer Sicht akzeptiert.

Forschung und Lehre: *Klinischer Mehraufwand*
↑ S. 62

Die höheren Kosten werden teilweise den Zusatzaufgaben für Forschung und Lehre zugeschrieben. Dieser Teil wird als *Klinischer Mehraufwand* über Beiträge finanziert, die man von Zeit zu Zeit neu auszuhandeln versucht. (In Wien betrug der *Klinische Mehraufwand* im Jahr 2011 etwa 5 % des Umsatzes aus der Krankenversorgung.¹⁰¹)

Arztsaläre ← Bund
↑ S. 63

Separat davon werden die Kosten der in Forschung und Lehre tätigen Ärzte überwiegend vom Bund übernommen.

Faktoren zum Basispreis
↑ S. 67

Darüberhinaus wird den Universitätskrankenhäusern Graz und Innsbruck für die Krankenversorgung ein erhöhter Basispreis zugestanden. Die Erhöhungen bewegten sich im Verlaufe der Zeit zwischen 15 % und 40 %.¹⁰² In Wien wurde ein entsprechender Zuschlag im Jahr 2009 abgeschafft.

Andauernde Kontroversen

Die Vergütungen für die Universitätsmedizin – insbesondere der *Klinische Mehraufwand* – wurden und werden immer wieder kontrovers diskutiert, und das Gericht wurde bereits mehrere Male angerufen. Die Sache ist jedoch zu komplex, als dass dies bisher zu einer definitiven, alle Seiten einigermassen befriedigenden Lösung führen konnte.

Etwas differenzierter betrachtet stellt sich die Situation wie folgt dar:

Vergütungen universitärer Aufgaben

Forschung und Lehre
↑ S. 62

- Die Mehrkosten für Forschung und Lehre werden in Österreich unter dem Stichwort *Klinischer Mehraufwand (KMA)* zusammengefasst. Sie werden vom Bund entschädigt.¹⁰³ In Innsbruck liegt der richterlich festgelegte KMA-Betriebskostenbeitrag bei 18 %. Für das Universitätskrankenhaus in Wien lag der KMA-Anteil an den Umsatzerlösen aus der Krankenversorgung im Jahr 2011 bei 5.1 % (2008: 6.5 %).¹⁰⁴

¹⁰⁰ LDF = Leistungsbezogene Diagnosen-Fallgruppen = österreichische Diagnosis Related Groups (DRG).

¹⁰¹ AKH Wien [Geschäftsbericht 2011, 2013]: 24.

¹⁰² In Graz begann man 1997 mit +15 %; im Jahr 2011 galten (wie seit mindestens 2004) +30 %. Im Tirol begann man 1997 mit +40 %; im Jahr 2011 galten noch +20 %.

¹⁰³ § 55 KAKuG.

¹⁰⁴ AKH Wien [Geschäftsbericht 2011, 2013]: 24.

- Das Transplantationswesen wird mit einem Betrag von € 2.9 Mio. gefördert.¹⁰⁵
- Investitionskosten werden weitgehend durch Beiträge von Bund, Ländern und Gemeinden gedeckt.

Transplantationen

↑ S. 65

Investitionskosten

↑ S. 65

Vergütung der Krankenversorgung

- Für die Vergütung von Behandlungen bei Krankenhäusern der Maximalversorgung sind in vielen Bundesländern Faktoren zum Basispreis (= LDF-Punktwert) definiert. Sie sind abhängig vom Krankentyp und werden überall – mit Ausnahme von Salzburg – auf den vollen Basispreis angewandt. In einzelnen Ländern (Burgenland, Tirol, Vorarlberg; Salzburg) wird unterschieden zwischen einem «LKF¹⁰⁶-Kernbereich», in dem LDF-Pauschalen vergütet werden, und einem «LKF-Steuerbereich», in dem es nach Krankentyp differenzierte Vergütungen gibt.
- Die Mechanismen zur tagespauschalen Vergütung der Intensivmedizin und zur Vergütung von zusätzlichen Leistungskomponenten bei Mehrfachleistungen gelten zwar grundsätzlich für alle Krankenhäuser. Sie sind aber von besonderer Bedeutung in Krankenhäusern der Maximal- und Schwerpunktversorgung, wo solche Behandlungen häufiger vorkommen als in anderen Krankenhäusern.
- In der Steiermark wurden ab 2012 Übermengen degressiv vergütet. Übermengen über 10 % wurden nicht mehr vergütet.¹⁰⁷

Faktoren zum Basispreis
↑ S. 67Zusatzvergütungen Intensivmedizin und Mehrfachleistungen
↑ S. 72Übermengen
↑ S. 68

Defizitdeckung

Die LKF-Vergütung deckt die Betriebskosten der Fondskrankenhäuser in den Bundesländern unterschiedlich. 2007 lagen die Anteile zwischen der Mindestdeckung von 51 % und 85 %.¹⁰⁸

Die dadurch entstehenden Defizite (*Betriebsabgänge*) werden in allen Ländern von Land und Gemeinden getragen oder zumindest zu grossen Teilen mitgetragen.¹⁰⁹

¹⁰⁵ § 57 Abs. 6 Z 2 lit. a KAKuG.

¹⁰⁶ LKF = Leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierung = LDF-basiertes Vergütungssystem Österreichs.

¹⁰⁷ Vgl. Painold [LKF, 2012]: 68 ff.

¹⁰⁸ BMG-A [LKF Evaluierung, 2010]: 27. – Die gesetzliche Mindestdeckung beträgt laut § 34 Abs. 1 KAKuG: «mindestens die Hälfte des Betriebsabganges». In BGBI-A [Vereinbarung gemäss Art. 15a B-VG, 2008]: Artikel 21 Z 1 wurden 51 % vereinbart.

¹⁰⁹ BMG-A [LKF Evaluierung, 2010]: 30 ff.

Noch *nicht befriedigend* geregelt sind folgende Punkte:

- Es fehlt eine standardisierte Kostenträgerrechnung.¹¹⁰
- Es gibt keine bundesweit einheitliche Regelung des LKF-Steuerbereiches. Damit werden differenzierte LDF-bezogene ökonomische Vergleiche verunmöglicht. Diesem Bereich könnten auch die Sonderleistungen von Universitätskrankenhäusern und Krankenhäusern der Maximalversorgung zugeordnet werden.
- Die Investitionsfinanzierung erfolgt teilweise innerhalb, teilweise ausserhalb der Landesgesundheitsfonds.¹¹¹
- Es gibt immer noch keine Bundesverordnung zum *Klinischen Mehraufwand* zur Vergütung von Forschung und Lehre.¹¹²
- Berechnung und Entschädigung des *Klinischen Mehraufwandes* sind zu kompliziert.¹¹³
- In Wien werden 100 %, in Graz und Innsbruck jedoch nur 50 % der Arztstellen vom Bund finanziert. Der Rechnungshof fordert Gleichbehandlung.¹¹⁴

Abschliessender Kommentar

Das österreichische Vergütungssystem zeichnet sich durch eine Vielzahl von Finanzierungsquellen aus. Sie sind in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich ausgestaltet. Zusammen mit einer häufig vorhandenen Defizitdeckung mittels öffentlicher Gelder ergänzen sie sich und decken in der Summe in den meisten Ländern die Betriebskosten der Krankenhäuser.

Für die Universitätsmedizin wird der *Klinische Mehraufwand* als explizite Zusatzfinanzierung vergütet. Damit sollen die Mehrkosten infolge von Forschung und Lehre entschädigt werden. Die Beträge werden für die drei Universitätskrankenhäuser individuell festgelegt. Sie liegen etwa zwischen 5 % und 18 % des Umsatzes. Es gibt allerdings kein allgemein anerkanntes Berechnungsmodell dafür. Sie basieren auf vor geraumer Zeit geschätzten und vereinbarten Beträgen. Dies führte seither immer wieder zu juristischen Auseinandersetzungen.

Ebenso gewichtige Erlösanteile wie der *Klinische Mehraufwand* erzeugen die Zuschläge auf dem Basispreis in Graz (30 %) und in Innsbruck

LKF-Steuerbereich
↑ S. 66Investitionen
↑ S. 65Forschung und Lehre
↑ S. 62

Viele Quellen

Defizitdeckung

Klinischer Mehraufwand: Historische Festlegungen

Faktoren auf Basispreis

¹¹⁰ BMG-A [LKF Evaluierung, 2010]: 88 (§ 233).

¹¹¹ Vgl. WIFO et al. [Vorschläge, 2011]: 15.

¹¹² Gemäss § 56 KAKuG sind die Details zum *Klinischen Mehraufwand* für Forschung und Lehre in einer Bundesverordnung zu regeln. Dies ist aber seit dem Erlass des Bundesgesetzes im Jahr 1956 noch nicht erfolgt. Vgl. WIFO et al. [Vorschläge, 2011]: 15; Verfassungsgerichtshof-A [Zwischenerkenntnis, 2011]: 23 (§ 1.2); Rechnungshof-A [KMA, 2000]: 24 (§ 5.1).

¹¹³ Österreichischer Wissenschaftsrat [KMA, 2012]: 13 f.

¹¹⁴ Österreichischer Wissenschaftsrat [KMA, 2012]: 9 f.

(20 %), welche die Landesgesundheitsfonds diesen Universitätskrankenhäusern zugestehen. (Für Wien wurde dieser Zuschlag im Jahr 2009 abgeschafft.)

Gesundheitswesen
→ Länder

E England (Grossbritannien)

E.1 Das britische Gesundheitswesen

E.1.1 Organisation

Das Vereinigte Königreich¹ ist ein Staat, der aus den vier Ländern England, Schottland, Wales (= Grossbritannien) und Nordirland besteht.

In Schottland, Wales und Nordirland bestehen seit 1997 eigene Landesparlamente. Sie sind dem britischen Parlament in London unterstellt.²

Das Gesundheitswesen ist Sache der Länder. Für alle Länder gilt gemeinsam, dass es freien Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle per-

¹ Volle Bezeichnung: *United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland*.

² Die englischen Bezeichnungen der regionalen Parlamente lauten: *Scottish Parliament*, *National Assembly for Wales*, *Northern Ireland Assembly*. – http://en.wikipedia.org/wiki/Devolution_in_the_United_Kingdom [2013-03]. Vgl. auch: http://de.wikipedia.org/wiki/Politisches_System_des_Vereinigten_Königreichs#Dezentralisierung_.28devolution.29 [2013-03].

Tafel 21:
Länder des Vereinigten Königreichs



Quelle: http://de.wikipedia.org/wiki/Vereinigtes_Königreich [2013-02]

manenten Einwohner des Vereinigten Königreichs gibt. Finanziert wird sie aus Steuergeldern.³

Das Gesundheitsministerium (*Department of Health*) ist grundsätzlich (nur noch) zuständig für England.⁴

Gesundheitsversorgung und Finanzierung werden in England durch den zentralen *National Health Service (NHS)* sichergestellt.

Der *NHS* wurde kurz nach dem zweiten Weltkrieg, 1948 gegründet.⁵ 2013 steht eine grosse Reorganisation an. Dies ist nicht die erste. Coles meint dazu, dass die häufigen Reorganisationen eine der besonders grossen «Konstanten» des *NHS* seien.⁶ Es gab welche in den Jahren:

- 1960: Beginn der Planung von Allgemeinkrankenhäusern in Distrikten ab 125 000 Einwohnern.
- 1974: Einrichtung regionaler Gesundheitsbehörden (*Regional Health Authorities*); Organisation nach Regionen, *Areas* und Distrikten.
- 1982: Neue Distriktbehörden, welche auch die Aufgaben der bisherigen *Areas* übernehmen.
- 1984: Auf jeder Hierarchieebene werden verantwortliche Generalmanager installiert, hinab bis zum einzelnen Krankenhaus; auch Chefarzte sollen nun Budgetverantwortung für ihre Abteilungen übernehmen.
- 1990: Einführung eines internen Marktes mit Verträgen zur Lieferung von Gesundheitsleistungen zwischen Einkäufern (*Health Authorities*) und Lieferanten (*NHS Trusts*).
- 2000/2002: *NHS Plan* («grösste Veränderung seit 1948») / Einführung von *Strategic Health Authorities (SHAs)* und *Primary Care Trusts (PCTs)*.
- 2004: Einführung von *Foundation Trusts*: Juristisch unabhängige, selbstverwaltete, lokale Organisationen. (Bis 2014 sollen alle *NHS*

Department of Health
National Health Service

³ http://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_the_United_Kingdom [2013-03].

⁴ «The Department of Health provides strategic leadership for public health, the NHS and social care in England.» <http://www.dh.gov.uk/health/about-us/> [2013-03]. – «The Department of Health (DH) is a department of the United Kingdom government with responsibility for government policy for health and social care matters and for the National Health Service (NHS) in England along with a few elements of the same matters which are not otherwise devolved to the Scottish, Welsh or Northern Irish governments.» [http://en.wikipedia.org/wiki/Department_of_Health_\(United_Kingdom\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Department_of_Health_(United_Kingdom)) [2013-02].

⁵ <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/nhshistory/> [2013-03].

⁶ Während der Thatcher-Regierung, sagt Coles, hätte es kaum einen Tag gegeben, ohne dass der *NHS* nicht substantiell verändert worden wäre . . . – Coles MA. Ten Years of Diffusion and Development. In: Kimberly et al. [DRGs in Europe, 1993]: 21 f. Primär aus diesem Text sind auch die folgenden Angaben entnommen. Zusätzlich auch aus: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/nhshistory/> [2013-03] und [http://en.wikipedia.org/wiki/History_of_the_National_Health_Service_\(England\)](http://en.wikipedia.org/wiki/History_of_the_National_Health_Service_(England)) [2013-03].

Trusts als *Foundation Trusts* geführt werden.⁷)

- 2006: Reduktion der ursprünglich 28 *Strategic Health Authorities (SHAs)* auf 10.
- 2008: Freie Krankenhauswahl durch die Patienten.
- 2009: Neue *NHS Constitution*.⁸
- 2013:⁹
 - Ablösung der *Strategic Health Authorities (SHAs)* durch *Clinical Commissioning Groups (CCGs)* und der *NHS Trust Development Authority*.
 - Ablösung der *Primary Care Trusts (PCTs)* durch 229 *Clinical Commissioning Groups (CCGs)* und 27 *Local Area Teams (LATs)*.¹⁰ (Das heisst, CCGs übernehmen Aufgaben sowohl der früheren Einkäufer als auch der Lieferanten. – Jede Hausarztpraxis gehört zu einer CCG. Diese kaufen u. a. Krankenhausleistungen ein.)
 - Einführung von *Monitor*, einer NHS-Aufsichtsbehörde.¹¹
 - Einführung von *Healthwatch England*, einer NHS-Konsumentenorganisation.¹²

Beispiel zur
Restrukturierung
2013: *NHS Wirral*

In den Kopfzeilen der Internetseite des *NHS* von *Wirral* war Ende März 2013 zu lesen:¹³

«**Decommissioning Notice.** *Primary Care Trusts will be abolished from 31st March 2013 as part of NHS reforms. Services previously managed by NHS Wirral have now transferred to Wirral Clinical Commissioning Group* <http://www.wirralccg.nhs.uk/>, *Wirral Council* <http://www.wirral.gov.uk/> and the *National Commissioning Board*

⁷ <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/authoritiesandtrusts.aspx> [2013-03].

⁸ <http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/NHSConstitution/> [2013-03].

⁹ Die detailliertere Beschreibung des Gesundheitsdepartements in: <http://healthandcare.dh.gov.uk/guide-system/> [2013-03] gibt eine Übersicht über alle die neu geschaffenen Institutionen. (Zielpublikum dieser Übersicht die allgemeine Bevölkerung.)

¹⁰ <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/authoritiesandtrusts.aspx> [2013-03].

¹¹ «*Monitor* is the sector regulator of NHS-funded health care services. Our main duty is to protect and promote the interests of patients. [...] We assess NHS trusts for foundation trust status and license foundation trusts to ensure they are well-led, in terms of both quality and finances.» <http://www.monitor-nhsft.gov.uk/about-monitor/what-we-do-0> [2013-03].

¹² «*Healthwatch England* is the new, independent consumer champion for health and social care in England. Our job is to argue for the consumer interest of all those who use health and social care services.» <http://www.healthwatch.co.uk/> [2013-03].

¹³ <http://www.wirral.nhs.uk/> [2013-03]. *Wirral* liegt auf einer Halbinsel gegenüber von *Liverpool*.

<http://www.commissioningboard.nhs.uk/>. For further information about the NHS changes visit Department of Health <http://healthandcare.dh.gov.uk/guide-system.>»

E.1.2 Universitätskrankenhäuser

Unter den im Jahr 2011+ insgesamt 186 HRG-finanzierten Krankenhäusern in England im Jahr 2011 trugen 33 die Bezeichnung *university* im Namen und sieben die Bezeichnung *teaching*. Ein Krankenhaus daraus trug beide Bezeichnungen.¹⁴

In der Statistik zu den verfügbaren Betten von 2011+ waren 33 Universitätskrankenhäuser und insgesamt 195 Krankenhäuser mit allgemeinen, Akut- und geburtshilflichen Betten eingetragen. Auf die Universitätskrankenhäuser entfielen damals ca. 23 % dieser Betten.¹⁵

In der Statistik zu den verfügbaren Betten von 2008+ waren 28 Universitätskrankenhäuser und insgesamt 260 Krankenhäuser mit allgemeinen, Akut- und geburtshilflichen Betten eingetragen. Auf die Universitätskrankenhäuser entfielen damals ca. 20 % dieser Betten.¹⁶

33 Universitätskrankenhäuser

Zählungen gemäss Krankenhausstatistik

E.1.3 NHS-Geschäftsjahr

Das Geschäftsjahr beginnt am ersten April. Das Geschäftsjahr «2013/14» wird in dieser Studie geschrieben als «2013+».

Geschäftsjahr beginnt am 1. April

E.2 Kostendifferenzen

E.2.1 Referenzkostenindices (RCI)

Der Referenzkostenindex zeigt das Verhältnis von effektiven zu erwarteten Kosten an.¹⁷ Ein hoher Index zeigt unterwartet hohe Kosten an; ein niedriger Index weist auf Kosteneffizienz hin.

In den nächsten Grafiken wurden die Referenzkostenindices der elektri-

Indikator Kosteneffizienz

► Tafeln 22 und 23

¹⁴ <http://www.wp.dh.gov.uk/publications/files/2012/11/2011-12-Spells-RCIs.xls> [2013-03].

¹⁵ Die Zahlen gelten das «4. Quartal» von 2011+, d. h. für Januar bis März 2012. In der Statistik sind «available and occupied beds overnight only that are consultant led» aufgeführt: http://transparency.dh.gov.uk/files/2012/07/Beds-Open-Overnight-Web_File-Q4-2011-12-November-2012-Refresh-v3-Final.xls [2013-04].

¹⁶ «Beds Open Overnight 2008-09»: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/@sta/@perf/documents/digitalasset/dh_107422.xls [2013-04].

¹⁷ DH-UK [MFF, 2012]: 24 ff.

ven den Indices der nicht-elektiven Fälle gegenübergestellt. Die Streuungen beider Indices sind gross. Es gibt Krankenhäuser, die in beiden Bereichen kosteneffizient oder kosteneffizient sind, und solche, die in den beiden Bereichen sehr unterschiedlich effizient sind.

Bei Berücksichtigung der Marktkräftefaktoren (*MFF*) sind die Streuungen insgesamt etwas grösser.

Damit die Referenzkostenindices von Universitätskrankenhäusern mit jenen der übrigen Krankenhäuser verglichen werden können, wurden die Datenpunkte unterschiedlich gefärbt.

Hätten die Universitätskrankenhäuser überdurchschnittlich hohe HRG-bereinigte Kosten, lägen deren Datenpunkte in den zweidimensionalen Grafiken mehrheitlich rechts oben. Dies ist nicht der Fall.

Die Boxplot-Diagramme zeigen, dass der Median für die Universitätskrankenhäuser etwas höher liegt und dass die Streuungen meist ein bisschen kleiner sind.

Zusammenfassend ist zu sagen: Auch die Kosteneffizienz der Universitätskrankenhäuser streut stark, und deren Median liegt nur unwesentlich höher als bei den übrigen Krankenhäuser.

Die überlappenden Streuungen können allerdings auch noch anders interpretiert werden. Im PwC-Evaluationsbericht¹⁸ wird kritisiert, dass die Kostenerfassung sehr ungenau, die Varianzreduktion sehr schlecht und die Preise sehr instabil seien. Wenn diese Kritik gerechtfertigt ist, dann kann die grosse Streuung der Referenzkostenindices auch auf ernsthafte Probleme bei der Kostenerhebung schliessen. In diesem Fall könnte auch keine Aussage mehr über das Verhältnis der Kosten von Universitätskrankenhäusern im Verhältnis zu den Kosten der übrigen Krankenhäuser gemacht werden.

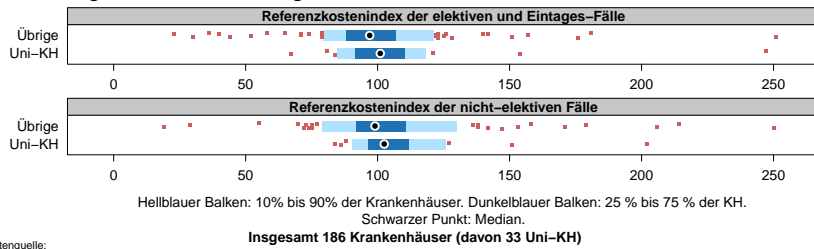
► Tafeln 24 und 25
↑ MFF: S. 101

► Tafeln 22 und 24

Probleme in der Kostenerhebung?

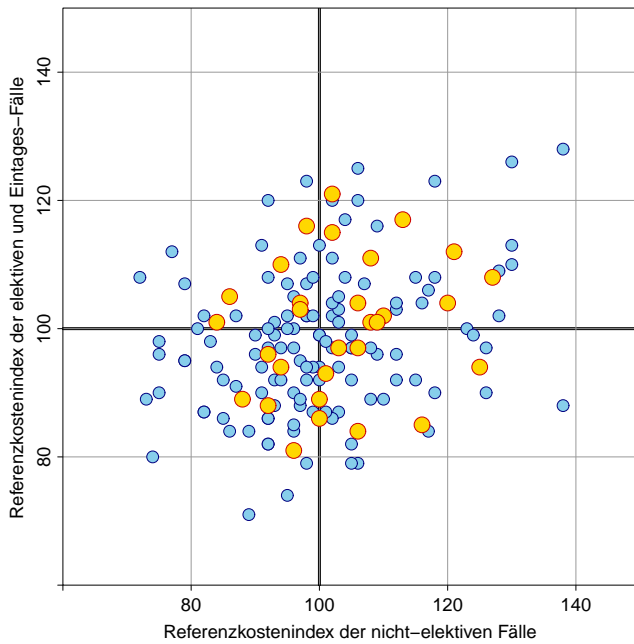
¹⁸ PwC [PbR Evaluation, 2012]: 27+36+39; PwC [PbR Evaluation Appendices, 2012]: 20 ff + 26 ff + 47.

Tafel 22: England 2011+: Streuungen der Referenzkostenindizes



Datenquelle:
DH-UK: 2011-12-Spells-RCIs.xls / RC1A

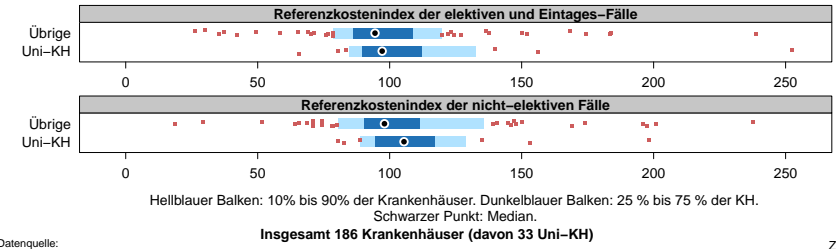
Z I M
[HRG.134.bwplot.RCI-13425]



Tafel 23:
England 2011+:
Referenzkosten-
indices der
Universitäts-
krankenhäuser und
der übrigen Kran-
kenhäuser

Datenquelle: ● Universitätskrankenhäuser ● Übrige Krankenhäuser Z I M
DH-UK: 2011-12-Spells-RCIs.xls / RC1A [HRG.132.xyplot.RCI.m.trim=1.4-13425]

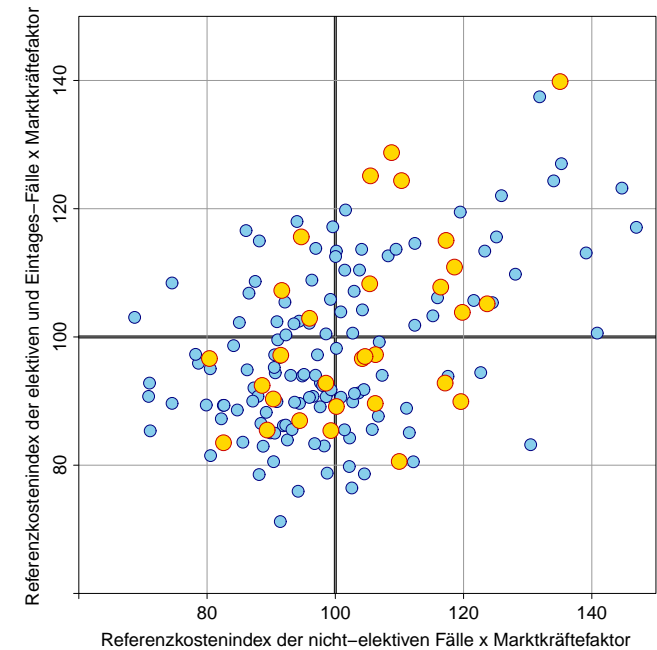
Tafel 24: England 2011+: Streuungen der Referenzkostenindizes x Marktkräftefaktor



Datenquelle:
DH-UK: 2011-12-Spells-RCIs.xls / RC1A

Z I M
[HRG.134.bwplot.RCI-13425]

Tafel 25:
England 2011+:
Referenzkosten-
indices der
Universitäts-
krankenhäuser und
der übrigen Kran-
kenhäuser x Markt-
kräftefaktor



Datenquelle: ● Universitätskrankenhäuser ● Übrige Krankenhäuser Z I M
DH-UK: 2011-12-Spells-RCIs.xls / RC1A [HRG.132.xyplot.RCI.m.trim=1.4-13425]

E.3 Aufgaben- und strukturbezogene Vergütungen

E.3.1 Ärztliche Ausbildung und fachärztliche Weiterbildung

Das fünf- bis sechsjährige Medizinstudium ist aufgeteilt in zwei bis drei vorklinische Jahre an einer medizinischen Universität (*medical school*) und einem anschließenden klinischen Training in Lehrkrankenhäusern (*teaching hospitals*).¹⁹ Das Studium wird abgeschlossen mit einem Bachelor-Titel.²⁰

Anschließend beginnt die Berufsausbildung (*vocational training*), zunächst mit einem zweijährigen Basisprogramm (*foundation programme*) als angestellter Arzt (*foundation house officer*).²¹ Im ersten Jahr werden die angehenden Ärzte (*junior doctors*) von der Universität (*medical school*) begleitet; das erste Jahr des Basisprogrammes ist somit zugleich das letzte Jahr des Studiums. Erst im Anschluss an dieses erste Jahr gibt es eine definitive Registrierung als Arzt beim «General Medical Council» (GMC). Das zweijährige Basisprogramm wird im «Rotationsverfahren» mit je drei- bis viermonatigen Aufenthalten in verschiedenen Fachdisziplinen durchgeführt.²²

¹⁹ Vgl. zum Folgenden: http://en.wikipedia.org/wiki/Medical_education_in_the_United_Kingdom [2008-09].

²⁰ Vgl. [http://en.wikipedia.org/wiki/Medical_school_\(United_Kingdom\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Medical_school_(United_Kingdom)) [2008-09].

²¹ Vgl. dazu auch: <http://www.nhs.uk/medcareers/details/Default.aspx?id=642> [2008-09] und <http://www.foundationprogramme.nhs.uk> [2008-09].

²² Vgl. http://en.wikipedia.org/wiki/Modernising_Medical_Careers [2008-09].

Medizinstudium

Ärztliche Weiterbildung

► Tafel 26

Altes System		Neues System (Modernising Medical Careers)		
Pre-registration House Officer (PRHO)		Jahr 1	Foundation House Officer	
Senior House Officer (SHO)		Jahr 2		
Specialist Registrar (SpR)	GP Registrar (GPR)	Jahr 3	Specialist Registrar (SpR) in hospital	
	General Practitioner (GP)	Jahr 4		Specialty Registrar (StR) in general practice
		Jahr 5		General Practitioner (GP)
		Jahr 6		
		Jahr 7		
		Jahr 8		
		Jahr 9		
Consultant		Consultant		
Medical Research		Optional	Academic Clinical Fellowship	

Tafel 26:
Berufsbezeichnungen für britische Ärzte in Weiterbildung

Quelle: http://en.wikipedia.org/wiki/Modernising_Medical_Careers [2008-09].

Der nächste Schritt ist die Ausbildung zum Facharzt während drei bis sechs Jahren.²³ Bis 2007 wurden Ärzte in Weiterbildung als *specialist registrars* (SpR) bezeichnet,²⁴ neu nun *specialty registrars* (StR).²⁵

Anschließend ist man Facharzt (*consultant*) oder Allgemeinarzt (*general practitioner*).

Multi-Professional Education and Training (MPET)

Die Zuschüsse für die ärztliche und nicht-ärztliche Ausbildung sowie für die fachärztliche Weiterbildung werden vom NHS jährlich unter der Bezeichnung *Multi-Professional Education and Training (MPET)* an die *Strategic Health Authorities (SHAs)* ausgerichtet. Damit werden die folgenden Bereiche abgedeckt:²⁶

- Fachärztliche Weiterbildung.
MADDEL: Medical and Dental Education Levy.
- Ärztliche Ausbildung.
SIFT: (Medical and Dental) Service Increment for Teaching.
- Nicht-ärztliche Ausbildung.
NMET: Non Medical Education and Training.

Medical and Dental Education Levy (MADDEL)
Lohnentschädigungen

Über *Medical and Dental Education Levy* werden Zuschüsse für die fachärztliche Weiterbildung ausbezahlt. Es gibt Lohnentschädigungen (*pay costs*) und weitere Entschädigungen (*non-pay costs*).²⁷

Als Lohnentschädigungen wurden in West Midlands 2009+ die Basislöhne entsprechend der Anzahl Weiterbildungsplätze vergütet: 100 % (z. T. 50 %) während der Grundausbildung (*foundation year 1+2*), 50 % während der Spezialisierungsausbildung (*specialty training*) im ersten und zweiten, 100 % ab dem dritten Jahr.

Wechsel zu Tarifmodell?

Es wird diskutiert, ob anstelle des MADDEL-Budgets ein Tarifmodell auf der Basis der Weiterbildungsplätze eingesetzt werden sollte.²⁸

Service Increment for Teaching (SIFT)

Mit dem *Service Increment for Teaching* werden die direkten und indirekten Zusatzkosten von NHS-Organisationen bezahlt, die sie haben, wenn sie Ausbildungsplätze für Medizinstudenten (*medical undergraduates*) in England bereitstellen. Dazu gehört u. a. auch die Unterkunft der Studenten; der Unterricht selbst gehört jedoch nicht dazu.²⁹

²³ Vgl. dazu auch: <http://www.nhs.uk/medcareers/details/Default.aspx?id=644> [2008-09].

²⁴ Vgl. http://en.wikipedia.org/wiki/Specialist_registrar [2008-09].

²⁵ Vgl. http://en.wikipedia.org/wiki/Modernising_Medical_Careers [2008-09].

²⁶ Vgl. HPERU [SIFT, 2007]: 1; DH-UK [Liberating NHS Workforce, 2012]: 50; NHS West Midlands [MPET Guide, 2010].

²⁷ Vgl. zum Folgenden: NHS West Midlands [MPET Guide, 2010]: 15 ff.

²⁸ Gloucestershire Hospitals [PGME Report, 2013]: 4.

²⁹ Vgl. zum Folgenden: HPERU [SIFT, 2007]: 2.

Die ersten Berechnungen von 1976 beruhen auf dem Median der zusätzlichen Kosten pro Medizinstudent. Davon wurden 75 % vom SIFT-Programm übernommen.

1988 wurde auch die Forschung miteinbezogen und das Programm hiess infolgedessen SIFTR (*Service Increment for Teaching and Research*).

Die im Jahr 2007 gültigen Regeln wurden 1996 eingeführt; die Forschungskosten wurden wieder separiert. Die SIFT-Zuschüsse wurden zweigeteilt.³⁰

- 80 % des SIFT-Budgets betrifft den Betrieb, unabhängig von der Anzahl der Studenten. Dieser Teil basiert auf historischen Werten; bei neuen medizinischen Ausbildungsstätten (*medical schools*)³¹ auf Werten aus der Kostenrechnung.
- Mit den restlichen 20 % wurden 2007 pro Medizinstudent im dritten bis fünften (und letzten) Jahr Zuschüsse von £ 10 000 in London (und £ 9 000 ausserhalb von London) ausgerichtet, im Jahr 2005+ für insgesamt etwa 16 000 Studenten.

Es scheint unklar zu sein, wofür im Einzelnen die Kliniken das Geld einsetzen. Zwar möchte man das besser klären, gleichzeitig wird aber auch anerkannt, dass es schwierig ist, genau zu sagen, wo klinische Dienste enden und wo die universitäre Lehre beginnt.³²

Ab dem 1.4.2013 wird offiziell *Health Education England* die Verantwortung für Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen übernehmen.³³

Es wird auch in Zukunft ein zentrales Budget für Ausbildung und Weiterbildung zum Facharzt geben.³⁴ Damit soll hauptsächlich das Personal der nächsten Generation subventioniert werden. Für die Weiterbildung des bestehenden Personals werden die Leistungserbringer zuständig sein.

Die Beiträge werden an die im Jahr 2012 neu geschaffenen *Local Education and Training Boards (LETBs)* ausbezahlt. Die Gelder sollen aufgabenbezogener als bisher verwendet werden, womit Quersubventionierungen künftig vermieden werden sollen.

Während im bisherigen System die Beiträge zwischen *Strategic Health Authorities (SHAs)* und Leistungserbringern ausgehandelt worden sind,

Health Education England (HEE)

Aufgabenbezogenere Verwendung

Tarife statt Verhandlungen

³⁰ Vgl. HPERU [SIFT, 2007]: 3; Dave et al. [SIFT + Psychiatry, 2010]: 31.

³¹ Es wird wechselweise von *medical schools* und *teaching hospitals* gesprochen.

³² Diesbezüglich unternahm die Britische Ärztesgesellschaft (BMA) eine Umfrage unter 33 *university hospital trusts* Englands (mit 23 Rückmeldungen). 10 Universitätskrankenhäuser konnten nicht präzisieren, wofür das Geld in den letzten fünf Jahren verwendet wurde; viele integrierten es in der Vergangenheit in das Grundbudget. 10 Häuser dokumentierten die Mittelverwendung detaillierter nach Aufgabenbereichen. – HPERU [SIFT, 2007]: 3 ff.

³³ DH-UK [Liberating NHS Workforce, 2012]: 46.

<http://healtheducationengland.dh.gov.uk/> [2013-02].

³⁴ Vgl. zum Folgenden: DH-UK [Liberating NHS Workforce, 2012]: 40 ff (126. ff).

soll es im neuen System einheitliche Tarife geben. Damit sollen sowohl medizinische und nicht-medizinische Ausbildungsplätze wie auch fachärztliche Weiterbildungsprogramme finanziert werden.

Servicekosten

Parallel dazu werden auch die Servicekosten-Tarife revidiert, d. h. die zu 80 % von der Studentenzahl unabhängigen Zuschüsse: *Service Increment for Teaching (SIFT)*.

Erste Tarife ab April 2013

Die Tarife für die Ausbildungsplätze werden auf April 2013 angekündigt. Die übrigen Tarife sollen später folgen.

Finanzierung über Abgaben?

Bisher waren die MPET-Zuschüsse eine Ausgabeposition im NHS-Budget. Neu wird überlegt, ob die Finanzierung über eine Abgabe (*levy*) bei den Leistungserbringern erfolgen soll. Dies ergäbe eine bessere Transparenz über Beiträge und Nutzniessung der Leistungserbringer.³⁵

E.3.2 Forschung

Separate Vergütung

Die medizinische Forschung wird separat vergütet.³⁶ Weitere Recherchen wurden nicht unternommen.

E.3.3 Investitionskosten

Investitionskosten sind im Tarif enthalten

Hellowell und Pollock berichten 2007, dass im PbR-Tarif Investitionskosten zu 5.8 % des Umsatzes eingerechnet seien.³⁷ Da die durchschnittlichen Investitionskosten jedoch bei 8.3 % lägen, seien viele Krankenhäuser unterfinanziert.³⁸

Im PwC-Evaluationsbericht von 2012 ist erwähnt, dass über das PbR-System die durchschnittlichen Kapitalkosten rückvergütet werden (*capital expenditure*). Als durchschnittliche Kapitalkosten über drei Jahre werden 5.0 % angegeben (und zusätzlich 1.6 % *financial costs*). Sie wurden berechnet aufgrund von Daten aus den Jahren zwischen 2004+ und 2010+ aus einer Stichprobe von 75 *Foundation Trusts*.³⁹

Im Standard 1 zur Kostenrechnung werden Infrastrukturkosten (Abschreibungen und Kapitalkosten) für Einrichtungen als indirekte Kosten und für Gebäude als Overhead-Kosten aufgeführt.⁴⁰ Damit sind sie in den Betriebskosten und somit auch in den Referenzkosten enthalten, die zur Berechnung der HRG-Tarife benutzt werden.

³⁵ DH-UK [Liberating NHS Workforce, 2012]: 42 (139. ff).

³⁶ Vgl. z. B.: PwC [PbR Evaluation, 2012]: 16.

³⁷ «Under Payment by Results, trusts receive most of their income through a standard tariff for treatments, which includes an element for capital costs based on 5.8 % of trust income.» – Hellowell/Pollock [Private Finance Initiative, 2007]: 6.

³⁸ Hellowell/Pollock [Private Finance Initiative, 2007]: 6 + 19 ff.

³⁹ PwC [PbR Evaluation, 2012]: 40; PwC [PbR Evaluation Appendices, 2012]: 50 f.

⁴⁰ HFMA-UK [Costing Standards, 2013]: 8.

In der Kostenerhebung von *Monitor* müssen Kosten inkl. und exkl. Overhead-Kosten ausgewiesen werden. Dies geschieht im Hinblick auf bessere Analysemöglichkeiten der Kostenstreuungen. Vor diesem Hintergrund wurde im Standard 2 zu jeder Kostenstelle differenziert aufgelistet, welche Kosten zu den Overhead-Kosten gehören und welche nicht.⁴¹

E.4 Einzelfallbezogene Vergütungen

E.4.1 Payments by Results (PbR) und HRGs

Die aktuellste Version des 1991 eingeführten Patientenklassifikationssystems *Healthcare Resource Groups (HRG)* ist *HRG4*. Es umfasst gut 1400 Patientenkategorien. In England wird das HRG-System in vollem Umfang seit 2005+ für die Vergütung eingesetzt. Seit 2009+ wird das HRG4-System benutzt. Dieses Programm hat den Namen *Payments by Results (PbR)*.⁴²

Bis zum HRG/PbR-System von 2013+ liegt die Verantwortung für Ausgestaltung und Preisfestlegung beim Gesundheitsdepartment (*Department of Health*). Anschliessend werden *Monitor* und das *NHS Commissioning Board (NHS CB)*⁴³ diese Aufgaben übernehmen.

Das HRG-System wurde in England entwickelt und unterscheidet sich in einigen Punkten wesentlich von DRG-Systemen.⁴⁴

- Erstes Gruppierungskriterium bei chirurgischen Fällen ist nicht die Diagnose, sondern die Prozedur.
- Ab dem HRG4-System umfassen HRGs den ganzen *Fall von Eintritt bis Austritt*. Nebst der damit neu zu ermittelnden Fall-HRG können zusätzlich weiterhin die bisherigen «Fachstellen-HRGs»⁴⁵ berechnet und verhandelt werden.
- Es gibt «entbündelte HRGs», die einem Behandlungsfall zusätzlich zur «Kern-HRG» zugewiesen werden können.
- Anstelle von Kostengewichten werden Tarife in £ berechnet.

Spell based

Unbundled HRGs

↑ S. 106

⁴¹ HFMA-UK [Costing Standards, 2013]: 11 ff. – Vgl. auch: Monitor England [Costing Guidance, 2013]: 40, Feld *Overheads*: «Overheads include costs of support services such as Board, HR, Finance, information management and information technology, and other costs that are not directly related to patient care. Technically, overhead costs should be absorbed within individual costs pools. However, for this collection, we request participating organisations identify and report such costs separately.»

⁴² Vgl. zum Folgenden auch: DH-UK [PbR Simple Guide, 2012]: 48 ff;

⁴³ Per 1.4.2013 wird *NHS Commissioning Board (NHS CB)* umbenannt zu *NHS England*. – <http://www.commissioningboard.nhs.uk/blog/2013/03/26/nhs-england/> [2013-03-26].

⁴⁴ Für weitere Details vgl.: Fischer [Notfallvergütung im Krankenhaus, 2009]: 81 ff.

⁴⁵ Bisher wurde pro behandelnde Fachstelle je eine HRG ermittelt («finished consultants episode»).

Elektiver und nicht-elektiver Tarif
▶ Tafeln 28 bis 29

Flexible Anwendung

↑ S. 107

↑ S. 111

↑ S. 112

Preisverhandlungen werden noch bedeutungsvoller

Varianzreduktion von nur 33 %?

- Pro HRG gibt es drei Tarife: einen für (elektive) Ein-Tages-Fälle, einen für elektive und einen für nicht-elektive Behandlungen. (Zu den nicht-elektiven Behandlungen gehören hauptsächlich Behandlungen mit Notfalleintritten, darüberhinaus auch Geburten, Neugeborene und verletzte Patienten.)
- Der Tarif für Ein-Tages-Fälle ist in den allermeisten Fällen identisch mit dem Tarif für elektive Behandlungen.⁴⁶
- Das HRG-System soll flexibel gehandhabt werden. Es sei ein «Werkzeug» und «keine Zwangsjacke».⁴⁷ Im Vordergrund stehe die optimale Behandlung. Bei zu grossen Kostenstreuungen oder zu seltenen Leistungen ist die Möglichkeit lokaler Verhandlungen und Vereinbarungen vorgesehen. Dazu gehören u. a. die pädiatrische Intensivmedizin, teure Medikamente und Implantate, Behandlungen durch interdisziplinäre Onkologieteams, ... Es gibt auch HRGs mit nicht verpflichtend anzuwendenden Preisen (*non-mandatory prices*). Mit «Rosinenpicker»-Kliniken sollen aus Gründen der Fairness Preisabschlüsse vereinbart werden.⁴⁸

Verhandelbare Preise sind schon heute interessant, und offenbar werden sie auch genutzt;⁴⁹ mit der Überarbeitung der Vergütungsregeln ab 2013 sollen sie noch grössere Bedeutung erhalten.⁵⁰

Der PwC-Evaluationsbericht kritisiert die schlechte Varianzreduktion der HRG-Systems, die nur etwa 33 % betrage.⁵¹ Die Aussage basiert auf einer PwC-Studie mit Daten von 14 Krankenhäusern, die insgesamt 945 000 Episoden umfassen. Die Daten wurden vermutlich nicht getrimmt. (Das

⁴⁶ 2013+ gab es nur 15 bzw. 16 HRGs mit separatem Ein-Tages- bzw. elektivem Tarif. – DH-UK [PbR Step-by-Step Guide, 2013]: 5 (Figure 2.1).

⁴⁷ «PbR is meant to be a tool, not a straitjacket. It should never be seen as a barrier to providing the best care for patients. Flexibilities allow for deviation from tariff rules where the patient and the NHS benefits. For example, innovation payments give commissioners the flexibility to make an additional payment for a new device, drug or technology that gives better care than is provided for in the tariff.» – DH-UK [PbR Simple Guide, 2012]: 32 (§ 90).

⁴⁸ DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 155 f. In DH-UK [PbR Guidance, 2013]: 183 ff (Table 29) ist eine Liste aufgenommen worden, auf der potenzielle Rosinenpicker-HRGs aufgeführt sind.

⁴⁹ Vgl. z. B. PwC [PbR Evaluation, 2012]: 2: «We found that non-tariff income has been increasing, and our survey evidence shows that 50 % or more providers engage in local negotiations with commissioners, outside the rules of PbR.» – Details dazu in: PwC [PbR Evaluation, 2012]: 47+49; Die 50 % stammten aus einer Umfrage, die beschränkt war auf 35 *Foundation Trusts* (oder 36; beide Zahlen werden auf S. 49 praktisch nebeneinander angegeben).

⁵⁰ <http://www.monitor-nhsft.gov.uk/monitors-new-role/regulating-prices-nhs-funded-care/our-pricing-projects-and-publications> [2013-03].

⁵¹ PwC [PbR Evaluation, 2012]: 8+36 und PwC [PbR Evaluation Appendices, 2012]: 26.

Thema wird nicht erwähnt.) Es wird angemerkt, dass u. a. die Kosten von teuren Medikamenten nicht separiert werden konnten. (Bei der Gewichtung der HRGs wurde dies aber gemacht!) Dem schlechten Resultat werden Werte aus Deutschland (75 %) und den USA (47 %) gegenübergestellt, um zu demonstrieren, dass das englische System ungenügend ist.

In der gleichen Studie wird die schlechte Datenqualität der Kostenerhebungen gerügt. Es wird aber nur kurz und separat erwähnt, dass dies auch zu einer schlechten Varianzreduktion beitragen könnte.⁵² Dabei kann es gar nicht anders sein, als dass eine schlechte Datenqualität die Varianzreduktion auf jeden Fall verschlechtert.

⁵² PwC [PbR Evaluation, 2012]: 5+8.

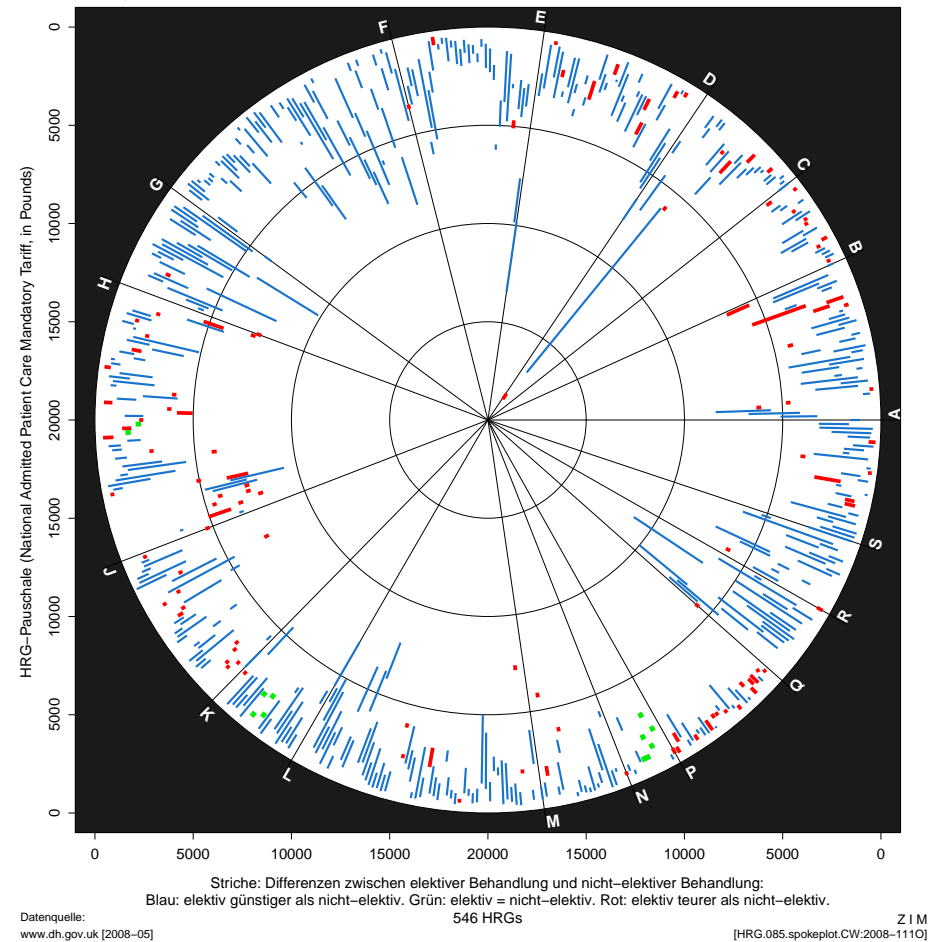
Code	Bezeichnung
A	Nervous System
B	Eyes and Periorbita
C	Mouth, Head, Neck and Ears
D	Respiratory System
E	Cardiac Surgery and Primary Cardiac Condition
F	Digestive System
G	Hepatobiliary and Pancreatic System
H	Musculoskeletal System
J	Skin, Breast and Burns
K	Endocrine and Metabolic System
L	Urinary Tract and Male Reproductive System
M	Female Reproductive System
N	Obstetrics and Neonatal Care
P	Diseases of Childhood
Q	Vascular System
R	Spinal Surgery and Primary Spinal Conditions
S	Haematology, Infectious Diseases, Poisoning and Non-specific Groupings
T	Mental Health
U	Undefined Groups

Tafel 27:
Hauptkategorien
HRG 3.5

Vergleich von 2008+ mit 2012+
▶ Tafeln 28 und 29

Beim Vergleich der HRG-3.5-Tarife von 2008+ mit den HRG4-Tarifen von 2012+ fällt auf, dass 2012+ ganze Bereiche vorwiegend oder vollständig grün geworden sind. Das heisst, dass es dort nun zwischen den elektiven und den nicht-elektiven Tarifen weniger oder keine Unterschiede mehr gibt. Das gilt insbesondere in der Orthopädie (H). Dann auch in der Geburtshilfe (N), wobei allerdings zu beachten ist, dass sich diese Hauptkategorie auch inhaltlich verändert hat.

Tafel 28: HRG 3.5: Unterschiede der HRG-Pauschalen 2008+ für elektive und nicht-elektive Behandlungen



Quelle: Fischer [Notfallvergütung im Krankenhaus, 2009]: 95.

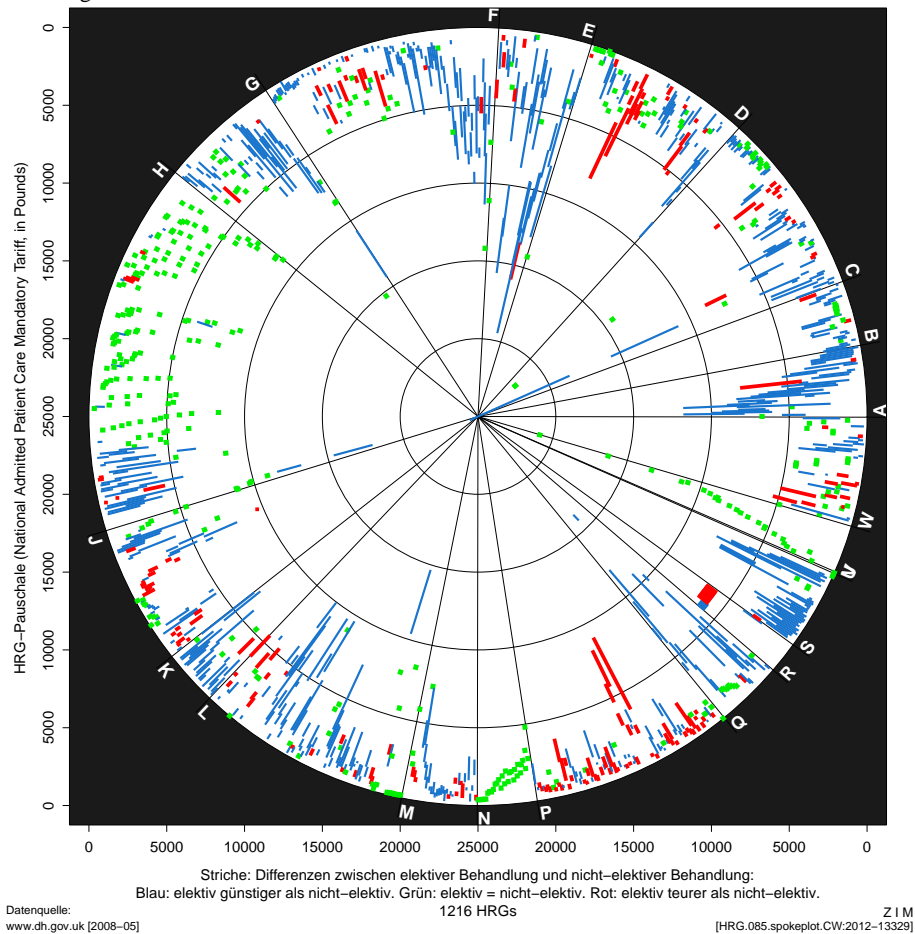
Beim Vergleich der HRG4-Tarife von 2012+ und 2013+ fällt zunächst auf, dass sich die Farben erneut bewegten und dass sich darüberhinaus die Sektorengrossen vereinzelt verändert haben.

Vergleich von 2012+ mit 2013+
 ▶ Tafeln 29 und 30

Im Einzelnen ist auf den ersten Blick erkennbar:

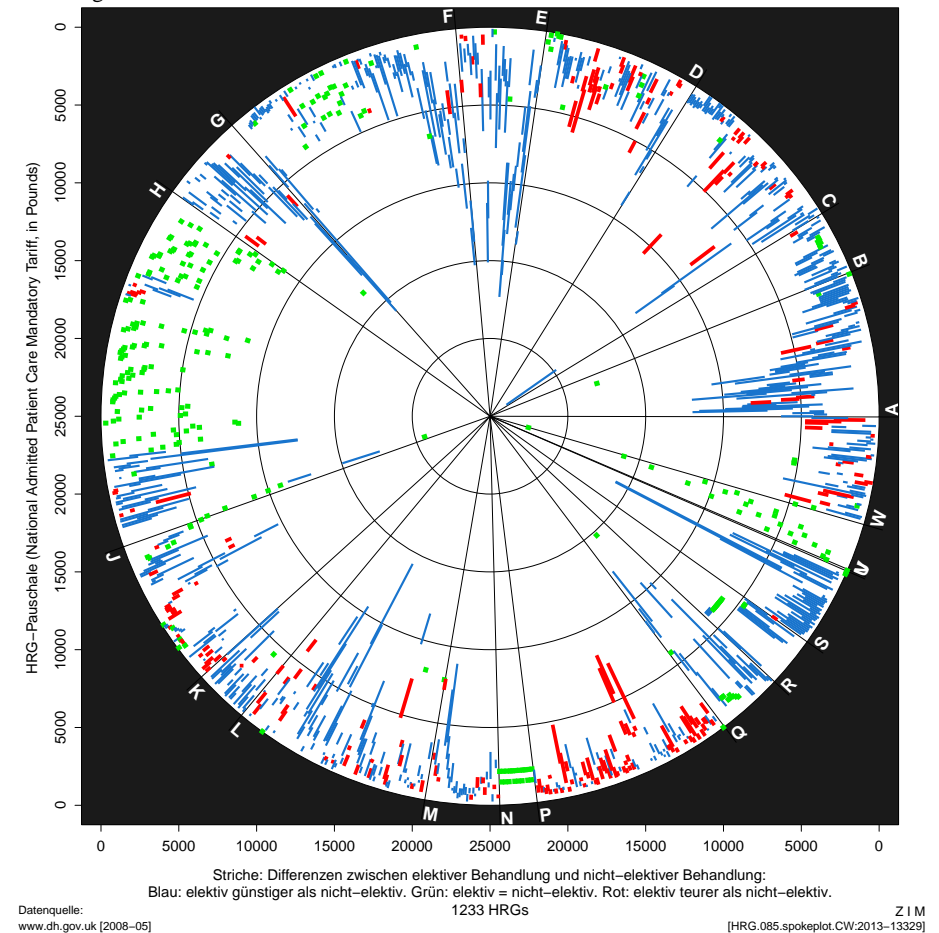
- Die Anzahl HRGs zum Nervensystem (A) ist viel grösser geworden.

Tafel 29: HRG4: Unterschiede der HRG-Pauschalen 2012+ für elektive und nicht-elektive Behandlungen



- Die Tarife zum Verdauungssystem (F) waren im Vorjahr vermehrt nach elektiv und nicht-elektiv differenziert; eine Reihe von nicht-elektiven Tarifen, die bisher tiefer als die elektiven Tarifen angesetzt waren (rot), wurden nun den elektiven Tarifen gleichgesetzt (grün).
- Die Tarife zu Galle, Leber und Pankreas (G) sind wieder – mit einer Ausnahme – durchgehend nach elektiv und nicht-elektiv differenziert.

Tafel 30: HRG4: Unterschiede der HRG-Pauschalen 2013+ für elektive und nicht-elektive Behandlungen



- Bei der Geburtshilfe (*N*) scheint man sich mit zwei relativ einheitlichen Tarifen zu begnügen (zwei grüne Bänder).⁵³
- Die Tarife zu multiplen Traumata, dringlichen Behandlungen und Rehabilitation (*V*) streuen anders als im Vorjahr. Entweder sind die Patientenkategorien anders angeordnet oder überarbeitet worden, oder/und es gab grössere Veränderungen bei den Preisen.

⁵³ Hier werden neuerdings nicht mehr Behandlungsfälle, sondern ganze Behandlungspfade vergütet: Es gilt neu ein *maternity pathway payment system*. – DH-UK [PbR Guidance, 2013]: 13 + 128–129.

Tafel 31:
HRG4-Hauptkategorien

Code	Bezeichnung
A	Nervous System
B	Eyes and Periorbita
C	Mouth, Head, Neck and Ears
D	Respiratory System
E	Cardiac Surgery and Primary Cardiac Condition
F	Digestive System
G	Hepatobiliary and Pancreatic System
H	Musculoskeletal System
J	Skin, Breast and Burns
K	Endocrine and Metabolic System
L	Urinary Tract and Male Reproductive System
M	Female Reproductive System and Assisted Reproduction
N	Obstetrics
P	Diseases of Childhood and Neonates
Q	Vascular System
R	Imaging and Interventional Radiology
S	Haematology, Chemotherapy, Radiotherapy and Specialist Palliative Care
U	Unclassified Groups
V	Multiple Trauma, Emergency and Urgent Care and Rehabilitation
W	Immunology, Infectious Diseases and other contacts with health services
X	Critical Care, High Cost Drugs and Devices
Z	Unbundled

E.4.2 Der Marktkräftefaktor (MFF)

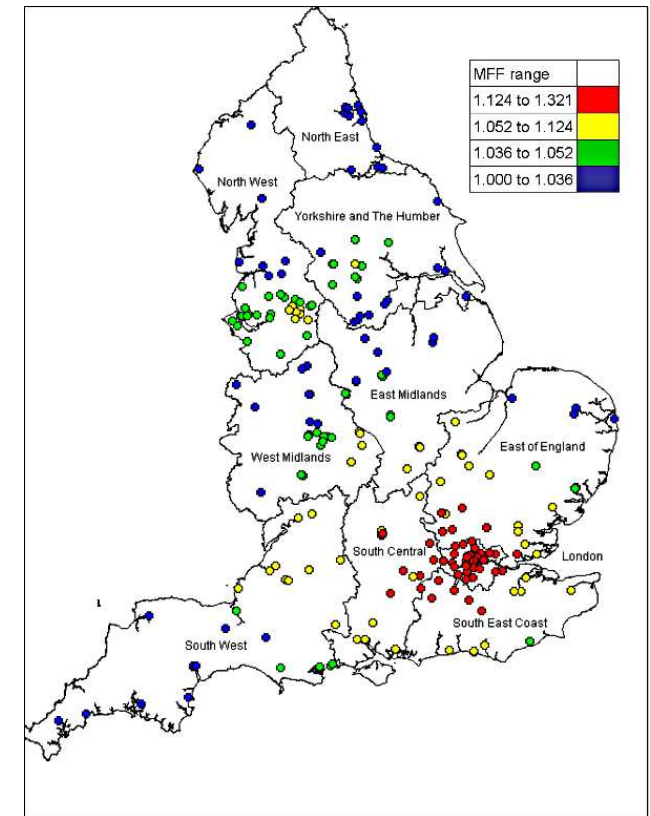
Wie ein Faktor zum Basispreis

Der Marktkräftefaktor (*Market Forces Factor (MFF)*)⁵⁴ ist ein Faktor auf den HRG-Fallpauschalen. Er wirkt gleich wie ein Faktor zum Basispreis in konventionellen DRG-Systemen.⁵⁵ Er soll die unbeeinflussbaren Kostendifferenzen kompensieren. Der Mindestwert beträgt immer 1.00. Im Jahr 2012+ lag dieser Faktor zwischen 1.00 (für den *Cornwall Partnership NHS Trust*) und 1.30 (für den *University College London Hospitals NHS Foundation Trust*).

⁵⁴ Vgl. zum Folgenden: DH-UK [PbR Simple Guide, 2012]: 37 (§ 117 ff). Und detailliert: DH-UK [MFF, 2012].

⁵⁵ Im HRG-System gibt es keine Kostengewichte und somit auch keine Basispreise; die HRG-Fallpauschalen sind in £ angegeben. Mit dem Marktkräftefaktor werden alle HRG-Fallpauschalen um den gleichen Faktor verändert.

Tafel 32:
England 2010+:
Market Forces Factors



Quelle: DH-UK [PbR Simple Guide, 2012]: 38

Der Marktkräftefaktor berücksichtigt hauptsächlich unterschiedliche Personalkosten. Im Detail setzt er sich wie folgt zusammen:

- 54.9 % Kosten des nicht-ärztlichen Personals.
- 13.9 % Kosten des ärztlichen Personals (ist nur in London relevant).
- 2.7 % Gebäude.
- 0.4 % Land.
- 28.1 % Sonstiges (nicht variierende Kosten): Material und Medikamente, usw. Dieser Teilindex beträgt für alle Orte 1.00.

Die Marktkräftefaktoren der Krankenhäuser werden periodisch überprüft. Bei Revisionen gilt, dass die Gesamteinnahmen der einzelnen Leistungserbringer sich nicht um mehr als 2 % verändern dürfen. Damit würde die finanzielle Grundlage der Krankenhäuser noch nicht bedroht.

Im PwC-Evaluationsbericht wird kritisiert, dass der Marktkräftefaktor nur mit 0.6 % zur Erklärung der Kostenvarianz beitrage.⁵⁶ Allerdings wurden dazu Daten von nur 13 (!) Leistungserbringern ausgewertet. Darüberhinaus wird andernorts in der Studie bemerkt, dass die Qualität der Kostendaten sehr mangelhaft sei.⁵⁷ Aus theoretischer Sicht ist es zudem so, dass die Haupterklärungskraft die Patientenkategorien haben; also kann vom Marktkräftefaktor eine nicht allzu grosse (zusätzliche) Erklärungskraft erwartet werden. Sie könnte im Bereich von einzelnen Prozenten liegen.

E.4.3 Zuschläge für seltene Behandlungen in Spezialkliniken

Für anerkannte Spezialkliniken und -abteilungen werden bei seltenen Erkrankungen und Spezialistenbehandlungen (*specialised care*) die HRG-Pauschalen um einen Prozentwert erhöht.⁵⁸

Die Spezialistenbehandlungen sind in einer nationalen Liste aufgeführt. Sie sind definiert über Hauptdiagnosen und Prozedurencodes.⁵⁹

Als Zuschlag wurde pro medizinisches Spezialgebiet ein einheitlicher Prozentwert festgelegt (*specialised service top up*). Er lag für das Jahr

Gewichtung der Personalkosten

Veränderung bei Revisionen: maximal 2 %

Beschränkte Erklärungskraft?

Prozentualer Zuschlag pro Spezialgebiet

Specialised service top up
► Tafeln 33 und 34

⁵⁶ PwC [PbR Evaluation, 2012]: 8+38.

⁵⁷ PwC [PbR Evaluation, 2012]: 27.

⁵⁸ Vgl. zum Folgenden: DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 30 ff. – Diesen Zuschlag habe ich auch in Fischer [Notfallvergütung im Krankenhaus, 2009]: 85 erwähnt. Die damalige Beschreibung war allerdings unvollständig, denn sie erwähnte nur die Behandlung in einer Spezialklinik, aber nicht, dass die Behandlung als «spezialisierte Behandlung» definiert sein musste.

⁵⁹ Definitionskriterium für Behandlungen zur Aufnahme in den *Specialised Services National Definition Set (SSNDS)* sind nicht die Kosten, sondern eine Planbevölkerung von über einer Million Einwohnern. – Daidone/Street [Costs of Spec. Care Update, 2011]: 2.

2012+ je nach Spezialisierung zwischen 24 % (für orthopädische Spezialistenbehandlungen) und 50 % (für pädiatrische Spezialistenbehandlungen). – Zeitweise war dieser Zuschlag viel höher, z. B. 156 % für orthopädische Spezialistenbehandlungen im Jahr 2005+ oder 90 % für pädiatrische Spezialistenbehandlungen im Jahr 2008+.

Bei HRGs, in welche ausschliesslich seltene Erkrankungen oder Spezialistenbehandlungen eingruppiert sind, wird dieser Zuschlag nicht angewandt.

Es kann vorkommen, dass während einem Krankenhausaufenthalt mehr als eine Spezialbehandlung durchgeführt wurde und deshalb mehr als ein Zuschlag zum Zug kommen könnte. In einem solchen Fall wird nur ein Zuschlag angewandt: der höhere.⁶⁰

Für die Kardiologie gibt es seit 2009 keinen Spezialistenbehandlungszuschlag mehr. In dieser Disziplin ist es jedoch explizit möglich, für ausgewählte Behandlungen zusätzliche Vergütungen zu vereinbaren, falls die HRG-Pauschalen nicht genügen.⁶¹ Im Übrigen beinhalten viele kardiologischen HRGs ausschliesslich Spezialistenbehandlungen⁶² und werden demgemäss bereits adäquat vergütet.

⁶⁰ DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 31 (§ 107).

⁶¹ DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 32 (§ 109) + 154 (§ 695). – «These services are 24 hour primary percutaneous coronary intervention (PPCI) services (primary angioplasty), grown up congenital heart disease (GUCH) services, and management of arrhythmias (catheter ablation and implantation of ICDs).»

⁶² Gommon [Note, 2011]: 5 (§ 23).

Kardiologie

Tafel 33: HRG: Prozentuale Zuschläge auf HRG-Gewichten für Spezialistenbehandlungen

Spezialisierung	2005+	2006+	2007+	2008+	2009+	2010+	2011+	2012+	2013+
Cancer	4								
Cardiology	19	16	16	18					
Children non-spec.	18	11	11	12					
Children specialised	53	69	69	90	78	78	60	50	
Children spec. low								50	44
Children spec. high								50	64
Colorectal	54	35	35	39					
Hepatology	7	9	9	10					
Infectious disease	11								
Neurosciences	12	24	24	27	–	–	28	28	28
Orthopaedic	156	70	70	79	14	30	24	24	24
Respiratory	6	17	17	19					
Spinal surgery	12	24	24	27	–	–	32	32	32

Zur Bestimmung der Zuschläge wurden ökonometrische Kostenschätzungen durchgeführt, zunächst vom Gesundheitsdepartement selbst.⁶³ In den beiden späteren externen Schätzungen von Daidone und Street⁶⁴ wurden die Kostenunterschiede zwischen Spezialistenbehandlungen und übrigen Behandlungen innerhalb der einzelnen HRGs analysiert. In der zweiten Studie wurden zusätzlich die Kosten von transferierten Patienten verglichen.⁶⁵

Es wurde untersucht, inwieweit die vorhandenen Kostenunterschiede auf die Behandlung einzelner Spezialitäten zurückzuführen waren oder auf die Behandlung in einzelnen Krankenhäusern. Dazu wurde – nebst einer gewöhnlichen multiplen Regressionsrechnung – eine Mehrebenenanalyse (*hierarchical multi-level model*) durchgeführt.

Die zweite Schätzung anhand der Daten von 2009+ beruhte auf fast 13 Mio. Behandlungsfällen (*provider spells*). Davon wurden 1.5 Mio. (11 %) von Spezialisten behandelt und 620 000 wurden transferiert.⁶⁶

Es wurden in insgesamt 27 Bereichen nach Kostenunterschieden gesucht. In fünf Bereichen wurden signifikante Kostenunterschiede festgestellt:

- Tumore.
- Infektionskrankheiten.
- Zystische Fibrose.
- Kolorektorale Probleme.
- Pädiatrie.

In fünf weiteren Bereichen wurden nur für 2008+ signifikante Kostenunterschiede festgestellt ($p < 0.01$), für 2009+ nicht mehr:

- Wirbelsäulenchirurgie.
- Neurologie.
- Rheumatologie.
- Gefäßkrankheiten.
- Orthopädie.

Datenbasierte Schätzungen

Methode

Datengrundlage

Resultate

⁶³ Gommon [Note, 2011]: 1 (§ 6) + 6 (Section 1.2). – Diese Modelle des Gesundheitsdepartements seien auf der Ebene von HRGs gerechnet worden, die neueren externen Modelle auf der Ebene der Patienten.

⁶⁴ Vgl. zum Folgenden: Daidone/Street [Costs of Specialised Care, 2011]; Daidone/Street [Costs of Spec. Care Update, 2011]. – Die erste Studie basiert auf den Daten von 2008+, die zweite auf den Daten von 2009+.

⁶⁵ Hier ging es um die Frage, ob die Vergütung nicht erhöht werden müsste, wenn der Patient von einem (gewöhnlichen) Krankenhaus in ein spezialisiertes Krankenhaus transferiert wird.

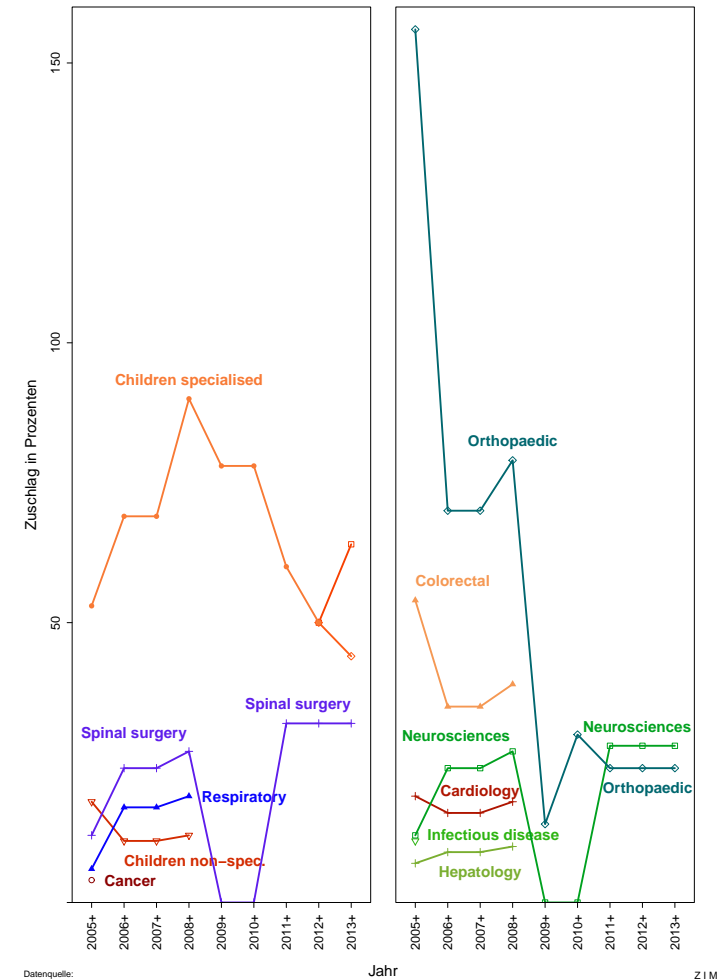
⁶⁶ Daidone/Street [Costs of Spec. Care Update, 2011]: ii+4.

Ein Bereich – Schmerzbehandlungen – wies im zweiten Jahr neu signifikant und sehr stark erhöhte Kosten aus. (Hier stieg auch die Fallzahl stark: von 753 auf 1266.)

Auf politischer Ebene wurden aus der Studie nicht die (niedrigeren) Resultate der Mehrebenenanalyse, sondern die Resultate aus der multiplen Regression verwendet. Diese berücksichtigen die unterschiedlichen Kostenniveaus in den Krankenhäusern nicht. Als Grund wurde angegeben,

Umsetzung auf politischer Ebene

Tafel 34:
HRG: Prozentuale Zuschläge auf HRG-Gewichten für Spezialistenbehandlungen



Datenquelle:
DH (PbR Simple Guide, 2012): 66

Z I M
[HRG.132.xyplot.SpecTopUp-13329]

dass nach diesem Modell die Zuschläge des Vorjahres am wenigsten reduziert würden.⁶⁷

Dass es für die Zystische Fibrose bei einem Modellwert von über 35 % und einer vergleichsweise sehr hohen Fallzahl ($n \approx 100\,000$) keinen Zuschlag gibt, wird damit begründet, dass dafür ein massgeschneidertes Vergütungsmodell in Entwicklung sei, welches auch nach Spezialistenbehandlungen differenziere.⁶⁸

E.4.4 «Unbundled HRGs»

Im HRG4-System sind manchen Aktivitäten «entbündelte HRGs» (*unbundled HRGs*) zugeordnet. Diese Leistungsbündel können einem Behandlungsfall zusätzlich zu den «Kern-HRGs» (*core HRGs*) zugewiesen werden. Für manche gibt es ein zusätzliches Kostengewicht (z. B. für Intensivmedizin); für andere wurde ein Kostengewicht von Null definiert. Letzteres geschah dann, wenn die zunächst ausgegliederten Kosten im Rahmen von späteren Kalkulationsschritten wieder einzelnen HRGs zugeordnet wurden.⁶⁹

Mehrfach-
gruppierung

Hauptgründe für die Entbündelung (*unbundling*) sind:⁷⁰

- Leistungen können auch einzeln und direkt (z. B. ambulant) bezogen werden.
- Leistungen haben hohe Kosten und kleine Fallzahlen.
- Es ist schwierig, die Kosten vorauszusagen.

Für 2012+ waren entbündelte HRGs in folgenden Bereichen definiert:⁷¹

- Chemotherapie.
- Intensivmedizin (*critical care*).
- Bildgebende Verfahren (*diagnostic imaging*).
- Teure Medikamente.
- Radiotherapie.
- Rehabilitation.
- Palliativpflege durch Spezialisten.

⁶⁷ Gommon [Note, 2011]: 4 (§ 21).

⁶⁸ Gommon [Note, 2011]: 4 (§ 23). – Noch nicht näher studiert habe ich das neue Modell mit einem Ein-Jahres-Tarif in: DH-UK [PbR Guidance, 2013]: 139–145.

⁶⁹ DH-UK [PbR Simple Guide, 2012]: 24 (§ 58 ff).

⁷⁰ DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 156.

⁷¹ DH-UK [PbR Simple Guide, 2012]: 24 (§ 58).

E.4.5 Zusatz-HRGs für die Intensivmedizin

► Tafel 35

Es gibt entbündelte HRGs für Intensivmedizin bei Erwachsenen (*adult critical care*) und bei Neugeborenen (*neonatal critical care*).⁷² Daten dazu werden über einen speziellen Minimaldatensatz erhoben: den *Critical Care Minimum Data Set (CCMDS)*.

«Entbündelte
HRGs»

Die intensivmedizinischen HRGs sind «entbündelte HRGs», d. h. sie werden einem Behandlungsfall zusätzlich zur Kern-HRG zugewiesen: Pro Tag mit intensivmedizinischer Behandlung kommt je eine dieser HRGs hinzu.

Verhandelbare
Preise

Vorgeschrieben ist nur die Benutzung der Klassifikation (*currency*); die Preise können lokal ausgehandelt werden. (Die in Tafel 35 aufgeführten Kosten pro Tag sind «Benchmark-Kosten», welche auf den Referenzkosten von 2009+ basieren.) In den provisorisch aufgesetzten Regeln für Vertragsverhandlungen wird u. a. explizit die Möglichkeit erwähnt, dass Verträge

⁷² Vgl. zum Folgenden DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 137 ff.

Tafel 35: HRG4 2011: Intensivmedizin

HRG4	Bereich	Differenzierung	Kosten £ / Tag
XA01Z	Neonatal Critical Care	Intensive Care	979
XA02Z		High Dependency	713
XA03Z		Special Care, without External Carer	421
XA04Z		Special Care, with External Carer	393
XA05Z		Normal Care	393
XA06Z		Transportation	
XB01Z	Paediatric Critical Care	Intensive Care, ECMO/ECLS	
XB02Z		Intensive Care, Advanced Enhanced	
XB03Z		Intensive Care, Advanced	
XB04Z		Intensive Care, Basic Enhanced	
XB05Z		Intensive Care, Basic	
XB06Z		High Dependency, Advanced	
XB07Z		High Dependency	
XB08Z		Transportation	
XC01Z	Adult Critical Care	6 or more Organs Supported	2 182
XC02Z		5 Organs Supported	1 685
XC03Z		4 Organs Supported	1 483
XC04Z		3 Organs Supported	1 320
XC05Z		2 Organs Supported	1 097
XC06Z		1 Organ Supported	816
XC07Z		0 Organs Supported	246

auch Vorhaltekapazitäten vergüten können, indem z. B. 80 % der geplanten Leistungen fix bezahlt werden.⁷³ Auch zu Leistungen, die mit den Minimaldaten (noch) nicht erhoben werden können, sollen lokale Vereinbarungen getroffen werden.⁷⁴

Für pädiatrische intensivmedizinische Behandlungen können sowohl Klassifikation als auch Preise lokal ausgehandelt werden. Es ist sogar geplant, dass die HRGs für Intensivmedizin auf pädiatrischen Abteilungen auf 2014 aufgehoben werden.⁷⁵

Kosten für intensivmedizinische Transporte sind separat zu vergüten.⁷⁶

Vorhaltekapazitäten

Pädiatrie: frei verhandelbar

Transportkosten: separieren

⁷³ In DH-UK [Critical Care Draft Guidance, 2010]: 2 (§ 11) werden folgende Beispiele erwähnt: «A capacity payment mechanism (eg 80 % of contract paid up front to safeguard capacity). A marginal payment mechanism for exceeding planned activity to take account that fixed costs have been paid through the initial plans.»

⁷⁴ DH-UK [Critical Care Draft Guidance, 2010]: 2 (§ 17): «Examples include therapeutic hypothermia, electronic cerebral function monitoring, management of an abdominal «silo», maintenance of repleg tubes. Consequently, these babies are wrongly assigned to a lower-level HRG.»

⁷⁵ DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 139 (§ 610).

⁷⁶ DH-UK [Critical Care Draft Guidance, 2010]: 2 (§ 16)

Tafel 36: HRG4 2012+: Tarife für Notfallbehandlungen

HRG4	Bezeichnung	Band	£ 24 h	£ < 24h
VB01Z	Behandlung der Kategorie 5	1	235	54
VB02Z	Untersuchung Kat. 3 mit Behandlung Kat. 4	1	235	54
VB03Z	Untersuchung Kat. 3 mit Behandlung Kat. 1–3	2	151	54
VB04Z	Untersuchung Kat. 2 mit Behandlung Kat. 4	2	151	54
VB05Z	Untersuchung Kat. 2 mit Behandlung Kat. 3	2	151	54
VB06Z	Untersuchung Kat. 1 mit Behandlung Kat. 3–4	3	81	54
VB07Z	Untersuchung Kat. 2 mit Behandlung Kat. 2	4	112	54
VB08Z	Untersuchung Kat. 2 mit Behandlung Kat. 1	4	112	54
VB09Z	Untersuchung Kat. 1 mit Behandlung Kat. 1–2	3	81	54
VB10Z	Zahnbehandlung	5	54	54
VB11Z	Keine Untersuchung und ohne wesentliche Behandlung	5	54	54
–	Bei Ankunft tot (<i>dead On arrival</i>)	3	81	54
–	Behandlung auf <i>Minor Injury Unit (MIU)</i>	5	54	54

E.4.6 Zusatz-HRGs für Notfalleintritte

Behandlungen auf der Notfallstation werden nach Notfall-HRGs abgerechnet. Es gibt elf solcher HRGs.⁷⁷ Wird ein Patient nach der Notfalleinweisung stationär aufgenommen, kommt für diese Behandlung zusätzlich eine HRG zum nicht-elektiven Tarif zum Zug.⁷⁸

Um der zunehmenden Häufigkeit von Notfalleintritten entgegen zu wirken, werden die im Vergleich zum Vorjahr zusätzlichen Notfalleintritte nur noch zu 30 % vergütet. (Sinkt die Zahl der Notfalleintritte, wird der Vergleichswert nicht gesenkt.⁷⁹) Ausserdem wird eine krankenhausspezifische Prozentzahl von vermeidbaren Notfalleintritten bestimmt und nicht vergütet.⁸⁰

Das Vergütungsmodell für notfallmässige Wiedereintritte nach elektiven und nicht-elektiven Behandlungen ist in Überarbeitung.⁸¹

11 Notfall-HRGs
▶ Tafel 36

Marginal rate emergency tariff
▶ Tafel 37

Wiedereintritte

⁷⁷ Die Notfall-HRGs waren bis 2012+ in fünf Tarifbänder (*A&E tariffs*) eingeteilt. Ab 2013+ wurde jede Notfall-HRG separat kalkuliert. – DH-UK [PbR Guidance, 2013]: 15 (§ 18) + 60.

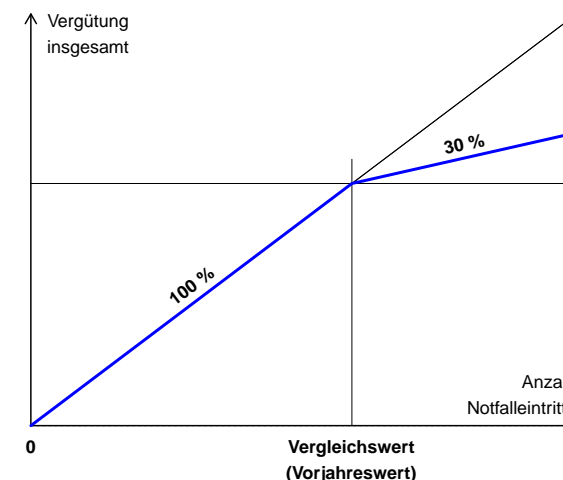
⁷⁸ DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 55. – Das in Fischer [Notfallvergütung im Krankenhaus, 2009]: 90 ff beschriebene Vergütungssystem für Notfalleintritte und Notfallbehandlungen ist teilweise bereits wieder überholt. Insbesondere gibt es keine vorgeschriebenen Differential-Tarife mehr und auch die 80/20-Regel wurde aufgehoben. Anstelle derer gilt die strengere Regel des *marginal rate emergency tariff*.

⁷⁹ DH-UK [PbR Guidance, 2013]: 27 (§ 92).

⁸⁰ DH-UK [PbR Simple Guide, 2012]: 33 (§ 96); DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 25; DH-UK [PbR Guidance, 2013]: 35 ff.

⁸¹ Vgl. DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 33 ff + 169 ff.

Tafel 37: Vergütung der Notfalleintritte: *Marginal rate emergency tariff*



E.4.7 Kurz- und Langliegervergütung

Bei Notfallbehandlungen gibt es bei einer effektiven Verweildauer von weniger als zwei Tagen einen prozentualen Abschlag auf die nicht-elektive HRG. Er ist umso grösser, je länger die erwartete Verweildauer ist. Zusätzliche Voraussetzungen sind:⁸²

- Die HRG hat eine erwartete Verweildauer von mindestens zwei Tagen.
- Der Patient ist erwachsen.
- Es handelt sich um eine medizinische HRG bzw. um eine HRG, bei welcher der Diagnosecode primäres Zuteilungskriterium ist.
- Die HRG gehört nicht zu einem Bereich, zu dem eine beste Behandlungspraxis definiert ist.
- Die Verweildauer ist nicht Gruppierungskriterium der HRG.

Es gibt zwei obere Grenzwerte: Einen für elektive und einen für nicht-elektive Behandlungen.⁸³ Wenn die Verweildauer oberhalb des oberen Grenzwertes liegt, werden für die zusätzlichen Tage zusätzliche Tagespauschalen vergütet. Bei der Berechnung der massgebenden Verweildauern werden die Tage mit intensivmedizinischer, spezialisierter palliativer oder rehabilitativer Behandlung abgezogen.

Seit 2011+ liegen die oberen Grenzwerte bei mindestens fünf Tagen.

Seit damals gibt es auch nicht mehr HRG-spezifische Langlieger-Tagespauschalen; die Pauschalen sind neu pro HRG-Hauptkategorie festgelegt.

Ab 2013+ gibt es zusätzlich pro Hauptkategorie unterschiedliche Tagespauschalen für pädiatrische und übrige HRGs.⁸⁴

Für die Vergütung von Behandlungstagen, an denen ein Patient entlassungsfähig ist, aber für eine allenfalls nötige weitere Behandlung oder Betreuung keinen geeigneten Ort findet, kann den lokalen Behörden die Übernahme dieser Kosten vorgeschrieben werden (*delayed discharge arrangement*). Die Krankenhäuser müssen in diesem Fall zwei Rechnungen

*Short stay
emergency
adjustment*
► Tafel 38

Tagespauschalen
für obere
Ausreisser

Tagespauschalen
pro Hauptkategorie

Medizinische
Freigabe zur
Entlassung

Tafel 38:
HRG: Anpassungs-
faktoren für notfall-
mässige Kurzzeit-
aufenthalte

Band	Durchschnittliche HRG-Verweildauer	Anpassungsfaktor	
		2008+	2012+
1	0-1 Tage	100 %	100 %
2	2 Tage	50 %	70 %
3	3-4 Tage	35 %	45 %
4	5 und mehr Tage	20 %	25 %

stellen: eine an den *commissioner* für die medizinische Behandlung und eine an die lokalen Behörden für den medizinisch nicht mehr notwendigen Teil des Krankenhausaufenthaltes.⁸⁵

E.4.8 Teure Medikamente

Teure Medikamente sind Medikamente, deren Kosten unverhältnismässig hoch sind im Vergleich zu den übrigen Fallkosten.⁸⁶ Als teuer sind Medikamente definiert, die Kosten von mehr als £ 1.5 Mio. erzeugen oder mehr als 600 Mal pro Jahr eingesetzt werden. Generell gehören auch alle Blutprodukte dazu.

Sie werden auf einer jährlich publizierten Ausschlussliste (*exclusions list*) aufgeführt.

Verhandlungspreise *Commissioners* und Leistungserbringer haben auszuhandeln, für welche Patientenprobleme «ausgeschlossene» Medikamente vergütet werden.⁸⁷

E.4.9 Teure Implantate

Verhandlungspreise Wie für teure Medikamente gibt es auch eine Ausschlussliste für teure, normalerweise nur für einen Patienten benutzbare Materialien, die für eine bestimmte Behandlung nötig sind (*devices*). Auch hier wird erwartet, dass kostendeckende Preise lokal ausgehandelt werden.⁸⁸

Für ein Objekt, das auf die Ausschlussliste gesetzt wird, gelten folgende Kriterien:

- «Es ist teuer und seine Kosten sind unverhältnismässig hoch im Verhältnis zum HRG-Tarif.
- Es wird nur in einem Teil der Behandlungsfälle, die zu einer HRG gehören, angewandt und/oder nur ein Teil der Leistungserbringer verwendet es.
- Menge und Kosten sind relativ hoch.»⁸⁹

⁸⁵ DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 30 (§ 98) + 173.

⁸⁶ Vgl. zum Folgenden: DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 99 f.

⁸⁷ Die Ausschlussliste für teure Medikamente ist nicht notwendigerweise eine vollständige Liste. Die Referenz ist das *British National Formulary (BNF)*. – Zur Kalkulation vgl. auch: DH-UK [Tariff Calculation Guide, 2012]: 12.

⁸⁸ Vgl. zum Folgenden: DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 100 ff.

⁸⁹ DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 100 (§ 446).

E.4.10 Weitere zu verhandelnde Preise

Es gibt eine Reihe weiterer Behandlungen oder Dienste, die von der HRG-basierten Vergütung (*PbR*) ausgeschlossen sind und deren Preise lokal verhandelt werden müssen. Es gibt dafür entweder noch keine Patientenkategorien (*currencies*) oder es wurden zwar Patientenkategorien definiert, aber die Preise wurden als nicht genügend stabil erachtet.⁹⁰

Es ist den Verhandlungspartnern freigestellt, über jeden Einzelfall zu verhandeln oder Preise und Mengen zu vereinbaren.⁹¹

Beispiele für Dienste, deren Preise verhandelt werden müssen und die speziell auch Universitätskrankenhäuser betreffen, sind:

- Behandlungen durch interdisziplinäre Onkologie-Teams.⁹²
- Intensivmedizin auf Spezialisten-Stationen bei Verbrennungen, bei Wirbelsäulenverletzungen und bei Störungen der Leber.⁹³

E.4.11 Preisvorschläge

Für ausgewählte Behandlungen oder Dienste wurden zwar Preise publiziert. Sie sind aber nicht verpflichtend anzuwenden. Sie dienen nur als Ausgangspunkte für Verhandlungen.

Für 2012+ gab es Preisvorschläge zu:⁹⁴

- Akutphase der Rehabilitation.
- Hördienste für Erwachsene.
- Ambulante Behandlungen ohne Anwesenheit des Patienten (*non face-to-face attendances*).
- Ambulante neurologische und neurochirurgische Behandlungen.

E.4.12 «Best Practice Tariff»

Mit dem Ziel, Qualitätsverbesserungen zu stimulieren, wurden für ausgewählte Behandlungen Zusatzvergütungen definiert, wenn die Behandlung den Vorgaben für die beste Behandlungspraxis (*best practice*) entsprach. (In manchen Fällen sind es auch Abschläge für jene Fälle, bei denen die Kriterien nicht erfüllt werden.) Diese Vergütungen sollen sich klar

Exclusions

Non-mandatory prices

Anreiz zur Qualitätsverbesserung

⁹⁰ Vgl. DH-UK [PbR Simple Guide, 2012]: 32 (§ 88 b); DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 93 ff.

⁹¹ DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 93 (§ 417).

⁹² DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 94 (§ 412).

⁹³ «Excludes critical care activity in specialist burns units, spinal cord injury units and specialist hepatic (liver) critical care units.» DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 138 (§ 607(2)).

⁹⁴ DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 103 ff.

von den Referenzkosten unterscheiden und einen entsprechenden Anreiz auslösen.⁹⁵

Eine beste Behandlungspraxis kann eine oder mehrere HRGs betreffen. Kriterien für die Auswahl von BPT-fähigen Behandlungen sind:⁹⁶

- Hohe Fallzahlen, «signifikante» Verfahrensvariabilität, «signifikanter» Einfluss auf das Behandlungsergebnis.
- Starke evidenzbasierte Grundlage für das, was die beste Behandlungspraxis ausmacht.
- Klinischer Konsens betreffend der besten Behandlungspraxis.

Auswahlkriterien für *Best Practice Tariffs* (BPTs)

Beispiele

Zu Beginn, für 2010+ wurden zwei elektive und zwei nicht-elektive Bereiche zur Definition von Behandlungen mit bester Praxis ausgewählt.⁹⁷

- Katarakt.
Es gibt einen Preis für den ganzen Behandlungspfad (inkl. Vor- und Nachuntersuchungen) anstelle der HRG-Pauschalen pro Krankenhausaufenthalt. Ziel ist es, die Anzahl der Vor- und Nachuntersuchungen zu reduzieren. (Kommissionäre können Zahlungen für überzählige Vor- oder Nachuntersuchungen zurücknehmen.⁹⁸)
- Cholezystektomie.
Angestrebt wird Ein-Tages-Knopfloch-Chirurgie, solange sie medizinisch angebracht ist.
- Hüftfraktur im Alter (*fragility hip fracture*).
Es gibt eine Zusatzvergütung für schnelle Chirurgie und orthogeriatische Pflege.
- Akuter Schlaganfall.
Es gibt eine Zusatzvergütung für den sofortigen Einsatz von bildgebenden Verfahren des Gehirns (*urgent brain imaging*) und die Behandlung in einer Schlaganfall-Einheit (*stroke unit*).

In den Jahren 2011+, 2012+ und 2013+ wurden je sechs weitere Bereiche mit Zusatzvergütungen für optimale Behandlungen versehen.⁹⁹

Nebst bester Behandlungspraxis für häufige Eingriffe gibt es auch zwei BPTs, die nur von Polytrauma-Zentren (*Major Trauma Centres*) verrechnet werden können. Zwar werden diese Beträge pro Behandlungsfall aus-

BPTs für Polytrauma-Zentren

⁹⁵ DH-UK [PbR Simple Guide, 2012]: 36 (§ 111 f).

⁹⁶ DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 56 (§ 235).

⁹⁷ DH-UK [PbR Simple Guide, 2012]: 36 (§ 113). – Alle BPTs samt den Bedingungen, die erfüllt werden müssen, um sie einfordern zu können, sind aufgeführt in: DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 56 ff.

⁹⁸ DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 179.

⁹⁹ DH-UK [PbR Simple Guide, 2012]: 37 (§ 114 f); DH-UK [PbR Guidance, 2013]: 61 ff; DH-UK [PbR Step-by-Step Guide, 2013]: 26 f + 33 ff.

bezahlt. Erklärtes Ziel jedoch ist es, Polytrauma-Zentren besser zu finanzieren.¹⁰⁰

Die Polytrauma-BPTs gelten für Patienten mit einem *Injury Severity Score (ISS)*¹⁰¹ über 8 bzw. über 15. Bedingung ist, dass für diese Patienten eine Rehabilitations-Verordnung gemacht wird. Darüberhinaus wird insbesondere noch verlangt, dass der *Trauma Audit and Research Network*-Datensatz innerhalb von 40 Tagen abgeliefert wird. (Dieser Eintrag löst den entsprechenden BPT aus.) Dass die Patienten einer Polytrauma-HRG zugeteilt sind, ist jedoch nicht notwendig.

Die zusätzlichen Vergütungen betragen für das Jahr 2012+ £ 1 515 (ISS über 8) bzw. £ 2 913 (ISS über 15).¹⁰²

Es wird empfohlen, dass die auf 30 % reduzierte Vergütung für jene Notfalleintritte, die über die Planzahlen hinausgehen (*marginal rate emergency tariff*), nicht auf Polytrauma-BPT-Patienten angewendet wird.¹⁰³

Spezialistenbehandlungs-Zuschläge können zusätzlich zum Polytrauma-BPT verrechnet werden.¹⁰⁴

Es wird – im Zusammenhang mit Ein-Tages-Notfallbehandlungen – betont, dass dieser Tarif für beste Behandlungspraxis auf keinen Fall Kliniken benachteiligen soll, welche bereits eigene Behandlungspfade mit bester Behandlungspraxis anwenden. Einmal mehr wird darauf hingewiesen, dass das Prinzip der lokalen Flexibilität gilt. Dies soll sicherstellen, dass beste Behandlungspraxis auch ausserhalb der Vorgaben angestrebt wird und dass vorhandene Regelungen für beste Behandlungspraxis adäquat vergütet werden.¹⁰⁵

Prinzip der lokalen Flexibilität

E.4.13 Fallgruppen ohne Kostengewicht

Es gibt über 250 HRGs, zu denen kein Kostengewicht (*tariff*) angegeben ist, weil die Kostendaten als ungenügend betrachtet wurden. Diese HRGs sind als Leistungseinheiten (*currencies*) zu verwenden, zu denen lokale Preise vereinbart werden können.¹⁰⁶

¹⁰⁰ DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 76 f + 188;

¹⁰¹ Baker et al. [ISS, 1974].

¹⁰² DH-UK [PbR 2012+, 2012]: Tabellenblatt "06. BPTs", Abschnitt 6.

¹⁰³ DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 78 (§ 347).

¹⁰⁴ DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 78 (§ 354).

¹⁰⁵ DH-UK [PbR Simple Guide, 2012]: 58 f (§ 249 ff).

¹⁰⁶ DH-UK [PbR 2012+, 2012]; DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 33 (§ 119).

E.4.14 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Die Vergütungen für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden werden lokal und kostenbezogen während höchstens drei Jahren verhandelt.¹⁰⁷

E.4.15 PbR in Schottland

In Schottland wurde ein eigener HRG-Tarif publiziert. Er unterscheidet sich vom englischen Tarif in folgenden Aspekten:¹⁰⁸

- Der Tarif basiert auf Abteilungsfällen (und nicht auf Krankenhausfällen).
- Bei gewissen notfallmässigen Kurzzeitbehandlungen entfällt eine Tarifrückbildung.
- Der Tarif basiert direkt auf den Kosten. (In England wurden manche Tarife auf Vergütungsziele hin angepasst.)
- Es gibt keine Zuschläge für Spezialistenbehandlungen (*top-up for specialist/children's services*).
- Der englische Tarif beruht auf den durchschnittlichen Kosten der Behandlungsfälle, die innerhalb der Grenzverweildauern lagen. Bei der Berechnung des schottischen Tarifs wurden nur Behandlungsfälle mit extrem langen intensivmedizinischen Aufenthalten separiert.
- Gewisse Behandlungen von Spezialisten¹⁰⁹ und Behandlungen mit sehr hohen Kosten und/oder kleinen Fallzahlen wurden vom Tarif ausgenommen.

E.5 Defizitdeckung

Bis 2014 sollen alle *NHS Trusts* als *Foundation Trusts* geführt werden.¹¹⁰ *Foundation Trusts* wirtschaften in eigener Verantwortung. Sie haben sich also auch selbst um die Deckung allfälliger Defizite kümmern.

Wenn ein *NHS Trust* in finanzielle Schwierigkeiten gerät, muss er einen Sanierungsplan erstellen, den die Konzernleitung umzusetzen hat. Im schlimmsten Fall kann das Gesundheitsdepartement die Konzernleitung entlassen.¹¹¹

¹⁰⁷ DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 152f. Vgl. auch Busse et al. [DRGs in Europe, 2011]: 212+214.

¹⁰⁸ [http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Finance/Scottish-National-Tariff\[2013-03\]](http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Finance/Scottish-National-Tariff[2013-03]).

¹⁰⁹ [http://www.nsd.scot.nhs.uk/services/specialised/>Listofnationallyfundedservices\[2013-03\]](http://www.nsd.scot.nhs.uk/services/specialised/>Listofnationallyfundedservices[2013-03]).

¹¹⁰ [http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/authoritiesandtrusts.aspx\[2013-03\]](http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/authoritiesandtrusts.aspx[2013-03]).

¹¹¹ Interne Referenz: E-Post von S. Sutch 25.3.2013.

E.6 Diskurs

E.6.1 Begründungen für höhere Zahlungen

Begründungen für PbR-Ausschluss und lokale Preisverhandlungen (*exclusions*):

- Ausgeschlossene Hochkostenmedikamente und -materialien werden innerhalb einer HRG nicht bei allen Behandlungen, sondern typischerweise nur von Spezialisten in einem kleinen Kreis medizinischer Zentren eingesetzt. Solche Leistungen würden mit einem Tarif unfair vergütet.¹¹² ↑ S. 111

Begründungen für *höhere* Kosten von spezialisierten Behandlungen:¹¹³

- Spezialkrankenhäuser ziehen komplexere (und damit teurere) Fälle an.
- Das HRG-System ist ein unvollkommenes System der Kategorisierung von Krankheiten und deren Behandlungen. Es ist akzeptabel und systembedingt, dass Kosten mit einer gewissen Streuung oberhalb und unterhalb des Mittelwertes liegen. Problematisch wird es, wenn gewisse Typen von Patienten systematisch höhere Kosten aufweisen.
- In der Pädiatrie wurden nicht die in den beiden Modellrechnungen ermittelten Zuschläge von 28 % bzw. 30 %¹¹⁴ verwendet. Für 2011+ wurde ein Zuschlag von 60 % und für 2012+ ein Zuschlag von immer noch 50 % vereinbart. Diese viel höheren Zuschläge wurden mit einem zu abrupten Einkommensausfall begründet: Der Sprung vom bisherigen Zuschlag für 2010+ von 78 % wäre zu gross ausgefallen.¹¹⁵ ↑ S. 102

Begründungen für *niedrigere* Kosten von spezialisierten Behandlungen:¹¹⁶

- Eine grössere Leistungsmenge führt zu niedrigeren Kosten («Skaleneffekt»).
- Eine Konzentration auf eine beschränkte Anzahl Leistungen senkt die Kosten.¹¹⁷

¹¹² «Excluded high cost drugs and devices are typically specialist, and their use concentrated in a relatively small number of centres rather than evenly across all providers that carry out activity in the relevant HRGs. These drugs and devices would not be fairly reimbursed if funded through the tariff.» – DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 93 (§ 414).

¹¹³ Daidone/Street [Costs of Specialised Care, 2011]: 2.

¹¹⁴ Daidone/Street [Costs of Spec. Care Update, 2011]: 9.

¹¹⁵ Vgl. Gommon [Note, 2011]: 5 (§ 24) + 8 (Section 4); DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 31 (§ 104).

¹¹⁶ Daidone/Street [Costs of Specialised Care, 2011]: 2.

¹¹⁷ Im Gesundheitswesen leben die «Rosinenpicker» davon. Während das in anderen

E.6.2 Weiterentwicklungsvorschläge

Ausgewählte Vorschläge:

- HRG-bezogene Preisverhandlungen sollen mit der Überarbeitung der Vergütungsregeln ab 2013 noch grössere Bedeutung erhalten.¹¹⁸
- Die verhandelbaren pädiatrischen intensivmedizinischen (tagesbezogenen) Zusatz-HRGs sollen aus der HRG-Liste entfernt werden.¹¹⁹
- Das Vergütungsmodell für notfallmässige Wiedereintritte soll überarbeitet werden.¹²⁰
- Die Tarife für beste Behandlungspraxis sollen erweitert werden.
- Um die Kosten genauer zu ermitteln zu können, wurde Anfang 2013 ein Handbuch zur freiwilligen Kostenerhebung mit dem *Patient Level and Information Costing System (PLICS)* publiziert.¹²¹
- Es wird diskutiert, ob die Finanzierung der fachärztlichen Weiterbildung statt über krankenhausindividuelle Budgets besser über ein Tarifmodell auf der Basis der Weiterbildungsplätze erfolgen soll.¹²²
- Die Transparenz der Mittelverwendung soll erhöht werden.¹²³

↑ S. 107

↑ S. 109

↑ S. 112

↑ S. 91

Ländern als Problem diskutiert wird, wurden in England Spezialistenzentren gefördert. DH-UK aus dem Jahr 2002, zitiert in: Daidone/Street [Costs of Specialised Care, 2011]: 2. – Mit «Rosinenpicker»-Kliniken sollen aber aus Gründen der Fairness Preisabschläge vereinbart werden. DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 155 f.

¹¹⁸ <http://www.monitor-nhsft.gov.uk/monitors-new-role/regulating-prices-nhs-funded-care/our-pricing-projects-and-publications> [2013-03].

¹¹⁹ DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 139 (§ 610).

¹²⁰ Vgl. DH-UK [PbR Guidance, 2012]: 33 ff + 169 ff.

¹²¹ Monitor England [Costing Guidance, 2013].

¹²² Gloucestershire Hospitals [PGME Report, 2013]: 4.

¹²³ Vgl. z. B. HPERU [SIFT, 2007].

E.7 Zusammenfassung ausgewählter Regelungen

Ausgangssituation

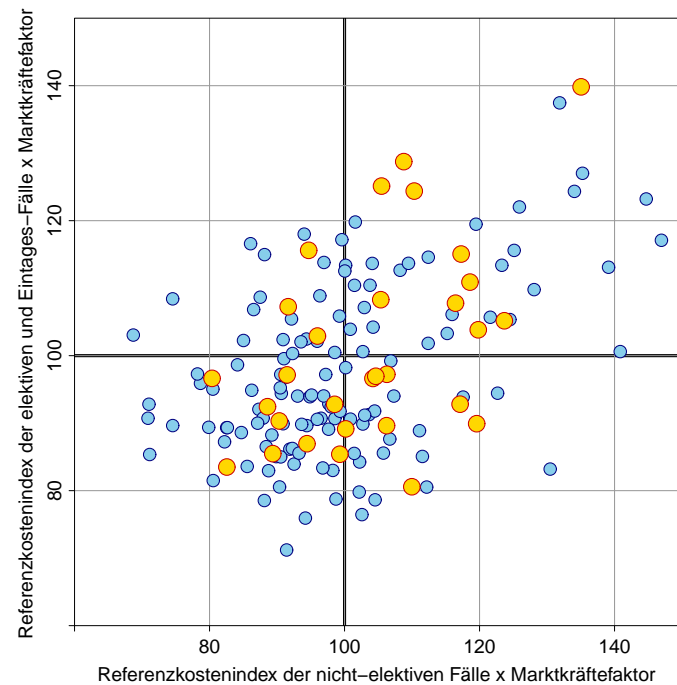
In England gab es 2011 unter den 186 HRG-finanzierten Krankenhäusern 33 Universitätskrankenhäuser.

Sowohl vor wie auch nach der Korrektur der HRG-Tarife durch die Marktkräftefaktoren scheinen sich weder bei den elektiven noch bei den nicht-elektiven Referenzkostenindices wesentliche Unterschiede zwischen Universitätskrankenhäusern und übrigen Krankenhäusern zu zeigen. Das könnte man dahingehend interpretieren, dass die Schweregraddifferenzierungen des jetzigen HRG-basierten Vergütungssystems zusammen mit den Sondervergütungsregelungen allfällige Unterschiede ausgleichen. Allerdings wird die Qualität der Kostenerhebung kritisiert. Eine schlechte Datenqualität kann Streuungen erzeugen, welche allenfalls vorhandene Unterschiede überlagern und damit unkenntlich machen. Somit bleibt die Frage, ob Kostendifferenzen nachgewiesen werden konnten, vorläufig noch unbeantwortet.

Kostendifferenzen?

► Tafel 39

↑ Details: S. 86 ff



Tafel 39:
England 2011+:
Referenzkosten-
indices der
Universitäts-
krankenhäuser und
der übrigen Kran-
kenhäuser x Markt-
kräftefaktor

Datenquelle: ● Universitätskrankenhäuser ● Übrige Krankenhäuser Z I M
DH-UK: 2011-12-Spells-RCIs.xls / RC1A [HRG.132.xplot.RCI.m.trim=1.4-13425]

Vergütungen universitärer Aufgabten

Die Forschung wird separat finanziert.

Es gibt sowohl für die fachärztliche Weiterbildung wie auch für die ärztliche Ausbildung Zuschüsse: *Medical and Dental Education Levy (MADEL)*, mit welcher 50 % bis 100 % der Assistenzarztkosten gedeckt werden, und *Service Increment for Teaching (SIFT)*, mit welchem Kosten für die Bereitstellung von Ausbildungsplätzen unterstützt werden.

Vergütung der Krankenversorgung

Die in England angewandte HRG-basierte Vergütung hat den Namen *Payments by Results (PbR)*. Sie weist gegenüber anderen DRG-basierten Vergütungssystemen folgende Besonderheiten auf:

- Für anerkannte Spezialkliniken und -abteilungen werden bei seltenen Erkrankungen und Spezialistenbehandlungen (*specialised care*) die HRG-Pauschalen um einen Prozentwert erhöht. Im Verlaufe der Jahre schwankten diese Zuschläge z.T. sehr stark. Sie lagen für das Jahr 2012+ bei:

- 24 % für orthopädische Spezialistenbehandlungen.
- 28 % für neurologische Spezialistenbehandlungen.
- 32 % für Wirbelsäulenchirurgie.
- 50 % für pädiatrische Spezialistenbehandlungen.

- Anstelle von Zusatzentgelten gibt es «entbündelte HRGs» (*unbundled HRGs*). Diese können zusätzlich zu den Kern-HRGs des Falles verrechnet werden. Für 2012+ waren entbündelte HRGs in folgenden Bereichen definiert:¹²⁴

- Chemotherapie.
- Intensivmedizin (*critical care*).
- Bildgebende Verfahren (*diagnostic imaging*).
- Teure Medikamente.
- Radiotherapie.
- Rehabilitation.
- Palliativpflege durch Spezialisten.

- Für die Intensivmedizin sind Zusatzvergütungen als «Benchmark-Kosten» aufgeführt. Sie sind verhandelbar.

- Es gibt gesonderte Kostengewichte für elektive und nicht-elektive Behandlungen. (Unter letztere fallen insbesondere auch notfallmässige Behandlungen.)

Forschung
Fachärztliche
Weiterbildung
und ärztliche
Ausbildung
↑ S. 90

*Payments by
Results (PbR)*
in England

Zuschlag für
Spezialistenbe-
handlungen
↑ S. 102

Mehrfach-
gruppierung
↑ S. 106

↑ S. 107

Elektive und
nicht-elektive
Tarife
↑ S. 94

¹²⁴ DH-UK [PbR Simple Guide, 2012]: 24 (§ 58).

- Für Behandlungen, die bestimmte Kriterien für «beste Behandlungspraxis» erfüllen, gibt es Vergütungskorrekturen. (Zum Teil handelt es sich dabei auch um ganze Behandlungspfade, unter Umständen mit mehreren Krankenhausbesuchen.) – Beispiele von Behandlungen mit definierter bester Behandlungspraxis sind: Katarakt, Cholezystektomie, Hüftfraktur im Alter, akuter Schlaganfall.
- Es gibt über 250 HRGs ohne Kostengewichte. Deren Preise werden lokal vereinbart.

Best practice tariffs
↑ S. 112

Lokale Preisvereinbarungen
↑ S. 114

Es wird Wert darauf gelegt, dass mit den PbR-Vorgaben in den Finanzierungsverhandlungen flexibel umgegangen wird und das Augenmass gewahrt bleibt. Im Vordergrund stehe eine optimale Behandlung. Dieser Grundsatz gilt auch für die Verhandlungen zur Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.¹²⁵

Flexibilität bei den Vereinbarungen
↑ S. 95

Defizitdeckung

↑ S. 115

Die Krankenhäuser haben ein allfälliges Defizit selbst zu verantworten. In letzter Instanz kann es durch das Gesundheitsdepartement gedeckt werden.

Zur *Diskussion* stehen folgende aufgabenbezogene Bereiche:

- Auf April 2013 wird der *National Health Service (NHS)* einmal mehr grundlegend reorganisiert. *Primary Care Trusts (PCTs)* und *Strategic Health Authorities (SHAs)* werden verschwinden. An deren Stelle sollen *Clinical Commissioning Groups (CCGs)*¹²⁶ und *Healthwatch England* treten.¹²⁷
- Ab April 2013 wird *Health Education England (HEE)* die Verantwortung für Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen übernehmen. Für die fachärztliche Weiterbildung wird es damit weiterhin ein zentrales Budget geben.
- Es wird diskutiert, ob die Finanzierung für die fachärztliche Weiterbildung von einem Budget (*Medical and Dental Education Levy (MADEL)*) in ein Tarifmodell auf der Basis der Weiterbildungsplätze geändert werden soll.
- Auch die Servicekosten-Tarife für die Lehre (*Service Increment for Teaching (SIFT)*) sollen revidiert werden.
- Die Transparenz der Mittelverwendung soll erhöht werden.

NHS-Reorganisation
↑ S. 84

Tarif-Modell für fachärztliche Weiterbildung?
↑ S. 91

Transparenz?

¹²⁵ DH-UK [PbR Simple Guide, 2012]: 32 (§ 90).

¹²⁶ Ab 1.4.2013: *NHS England*.

¹²⁷ <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx> [2013-03]

Folgende fallbezogene Vergütungsthemen sind *in Bearbeitung*:

Best practice tariffs
↑ S. 112
Spezialistenbehandlungen
↑ S. 102
Erklärungskraft HRG?
↑ S. 95

Qualität
Kostendaten

- Es werden laufend weitere Bereiche bester Behandlungspraxis und zugehörige HRG-Tarife definiert.
- Die Zuschläge für Behandlungen seltener Erkrankungen und Spezialistenbehandlungen waren von 2005 bis heute (2012) starken Schwankungen unterworfen.
- Im PwC-Evaluationsbericht wird die Erklärungskraft des HRG-Systems bezüglich der Fallkosten als ungenügend kritisiert.¹²⁸ Allerdings wurden dabei die Kosten nicht auf die gleiche Weise ausgedeutet wie bei der Berechnung der HRG-Tarife, und es ist unklar, in welchem Ausmass die ebenfalls kritisierte schlechte Qualität der Kostendaten die sehr geringe Varianzreduktion von nur 33 % bezüglich der Kosten bewirkte.
- Mit einem neuen Handbuch zur (freiwilligen) Kostenerhebung soll die Qualität der Kostendaten verbessert werden.¹²⁹

Abschliessender Kommentar

Gesundheitsversorgung und Finanzierung werden in England durch den zentralen *National Health Service (NHS)* sichergestellt.

Spezialvergütungen für Universitätskrankenhäuser gibt es nur im Bereich der ärztlichen Ausbildung und der fachärztlichen Weiterbildung. Sie gelten auch für nicht-universitäre Lehrkrankenhäuser.

Es gibt aber Vergütungsregelungen, von denen die Universitätskrankenhäuser und die Krankenhäuser der Maximalversorgung besonders profitieren, allen voran das übergeordnete Prinzip der «flexiblen» lokalen Preisverhandlungen, dann auch der Zuschlag bei seltenen Erkrankungen und Spezialistenbehandlungen (*specialised care*), zusätzliche Patientenkategorien (*HRGs*¹³⁰) für teure Materialien (Implantate) und Medikamente sowie verhandelbare Preise für Intensivbehandlungen.

Der Referenzkostenindex zeigt zwar, dass die Streuungen der HRG-bereinigten Kosten der Universitätskrankenhäuser und der übrigen Krankenhäuser vergleichbar sind. Da die Qualität der Kostendaten bezweifelt wird, kann daraus aber nicht bereits geschlossen werden, dass das HRG-basierte Vergütungssystem die Kostenunterschiede für beide Krankentypen gleich gut abdeckt.

In Zukunft sollen verhandelbare Preise einen noch grösseren Stellenwert erhalten.¹³¹

¹²⁸ PwC [PbR Evaluation, 2012]: 8+36 und PwC [PbR Evaluation Appendices, 2012]: 26.

¹²⁹ *Monitor England* [Costing Guidance, 2013].

¹³⁰ HRG = Healthcare Resource Groups.

¹³¹ Vgl. <http://www.monitor-nhsft.gov.uk/monitors-new-role/regulating-prices-nhs-funded-care/future-pricing-arrangements> [2013-03].

F Niederlande

F.1 Das niederländische Gesundheitswesen

F.1.1 Organisation

Kranken-
versicherung

Die Krankenversicherung umfasst in den Niederlanden drei Bereiche:¹

- Basiskrankenversicherung.
Sie wird ungefähr je zur Hälfte über direkte Prämien der Einwohner und über Lohnabzüge von Erwerbstätigen gespeist.²
- Obligatorische Sonderversicherung für Langzeitbehandlungen bei chronischen Krankheiten und für kurzzeitige Pflege zu Hause.
Sie wird über einkommensabhängige Prämien finanziert.³
- Freiwillige private Zusatzversicherung.

Krankenhauswesen (Zu diesem Thema wurden keine Recherchen unternommen.)

¹ Vgl. Busse et al. [DRGs in Europe, 2011]: 445 f; [http:// de.wikipedia.org / wiki / Krankenversicherung _ in _ den _ Niederlanden](http://de.wikipedia.org/wiki/Krankenversicherung_in_den_Niederlanden) [2013-02]; Ministerie van Volksgezondheid NL [Ziektekostenverzekeringen, 2011]: 8 ff.

² Seit 2006 ist die Krankenversicherung durch öffentliche Krankenkassen und private Versicherungsgesellschaften einheitlich geregelt im ZVW (*Zorgverzekeringswet*). Die direkten Prämien können von den Versicherern frei bestimmt werden, dürfen aber nicht von Alter, Geschlecht oder Gesundheitszustand abhängig gemacht werden. Damit dies möglich wird, gibt es ein Risikoausgleichssystem unter den Versicherern.

³ Geregelt im AWBZ (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*).

Tafel 40:
Landkarte der
Niederlande



Quelle: [http:// nl.wikipedia.org / wiki / Nederland](http://nl.wikipedia.org/wiki/Nederland) [2013-03]

F.1.2 Finanzierung

Für die finanziellen Rahmenbedingungen, Budgets und Tarife im Gesundheitswesen ist die *Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)* zuständig.⁴

Die Ausgaben des Gesundheitswesens betragen im Jahr 2005 € 68 Mia, d. h. etwa 12 % des Bruttoinlandproduktes.

Die Basiskrankenversicherung (ZVW) finanzierte 41 %, die Sonderversicherung (AWBZ) 27 %. Private Versicherungen trugen weitere 4 % bei, Selbstbehalte und Selbstzahler 10 %, der Staat (VWS) 13 % und Non-profit-Organisationen 5 %.⁵

Im Krankenhaussektor fielen im Jahr 2005 etwa 26 % der Ausgaben des Gesundheitswesens an.⁶

NZa

Gesundheitswesen
2005: € 68 Mia
(12 % des BIP)

– 26 % davon für
Krankenhäuser

F.1.3 Universitätskrankenhäuser

In den Niederlanden gibt es ca. 81 Allgemeinkrankenhäuser und neun akademische Krankenhäuser, davon acht Universitätskrankenhäuser.⁷

Die acht Universitätskrankenhäuser der Niederlande sind zusammengeschlossen in der *Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)*:⁸

Acht Universitäts-
krankenhäuser

- AMC: Academisch Medisch Centrum (*Amsterdam*)
- Erasmus MC: Erasmus MC (*Rotterdam*)
- LUMC: Leids Universitair Medisch Centrum (*Leiden*)
- MUMC+: Maastricht UMC+ (*Maastricht*)
- UMCG: Universitair Medisch Centrum Groningen (*Groningen*)
- UMC St Radboud: UMC St Radboud (*Nijmegen*)
- UMCU: Universitair Medisch Centrum Utrecht (*Utrecht*)
- VUmc: VU medisch centrum (*Amsterdam*)

Nebst diesen Universitätskrankenhäusern bezieht auch das *Nederlands Kanker Instituut – Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (NKI-AVL)* gewisse Fördergelder, die im Übrigen nur für die Universitätskrankenhäuser bestimmt sind.

Niederländisches
Krebsinstitut

⁴ Vgl. Busse et al. [DRGs in Europe, 2011]: 446.

⁵ Vgl. Busse et al. [DRGs in Europe, 2011]: 446.

⁶ Vgl. Busse et al. [DRGs in Europe, 2011]: 446.

⁷ http://nl.wikipedia.org/wiki/Lijst_van_Nederlandse_ziekenhuizen [2013-03].
<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=81732ned&D1=0,120-207&D2=2-3&D3=4-5&VW=T> [2013-03] meldet 75 Allgemeinkrankenhäuser und 23 Spezialkrankenhäuser für 2011.

⁸ <http://www.nfu.nl/umc/umcs/> [2013-02]

F.1.4 Finanzierung der Universitätskrankenhäuser

Universitätskrankenhäuser in den Niederlanden haben Zusammenarbeitsabkommen mit medizinischen Fakultäten. Finanzierungsquellen sind: Erziehungs- und Wissenschaftsministerium, Gesundheitsministerium, Ministerium für soziale Angelegenheiten, Ministerium für Wirtschaft und Innovation, Krankenversicherungsgesellschaften, Forschungsverträge.⁹

► Tafeln 41 bis 43

Die Finanzierung der niederländischen Universitätskrankenhäuser kann wie folgt strukturiert werden:¹⁰

Krankenversorgung

Krankenversorgung

• Prämienfinanzierte Leistungen:

- DBC «A-Segment» mit festen Tarifen.
- DBC «B-Segment» mit Maximaltarifen.
- Nicht-budgetierte Leistungen für Patienten.

• Akademische Komponente (80 %): Staatlicher Beitrag an die Behandlungen von Patienten der Maximalversorgung (*topreferente zorg*).

Forschung
und Lehre

Staatliche Beiträge für *Forschung und Lehre*

- Facharzt-Weiterbildungsfonds (erste und zweite Tranche).
- Werkplatz-Beiträge.
- Fakultätsbeiträge.
- Akademische Komponente (20 %): Forschungsbeitrag.

Übrige Erträge

Übrige Erträge

- Zweiter Geldstrom: Staatliche und teilstaatliche projektbezogene Zuschüsse.
- Dritter Geldstrom: Wohltätigkeitsorganisationen und Stiftungen.
- Vierter Geldstrom: Industrie, Wirtschaft und/oder Private.
- Weitere Zuschüsse und Einnahmen.

Insgesamt 30 %
staatliche
Zuschüsse
↑ Tafel 42 (S. 128)

Insgesamt betragen die staatlichen Zuschüsse an die Universitätskrankenhäuser für fachärztliche Weiterbildung, Forschung und Krankenversorgung im Bereich der Maximalversorgung im Jahr 2010 30 % des Budgets.¹¹ Hinzug kamen projektbezogene Staatsbeiträge von 2,4 %.

⁹ Vgl. Jaspers [Finances UMC, 2012].

¹⁰ Vgl. zum Folgenden: Ministerie van Financiën [IBO UMC, 2012]: 13 ff + 46.

¹¹ Forschung+Lehre 22,8 % + akad. Komponente Maximalversorgung 7,2 % = 30 %.

Universitätskrankenhäuser erhalten auch Investitionskostenzuschüsse. Sie werden zu 75 % vom Gesundheitsministerium (VWS) und zu 25 % vom Erziehungs- und Wissenschaftsministerium (OCW) getragen.¹²

Investitionskostenzuschüsse

Der Anteil der Erträge aus Fallpauschalen an den Gesamterträgen der Universitätskrankenhäuser betrug im Jahr 2010 54 %. Davon fielen auf das A-Segment mit festem Budget 48 % und auf das B-Segment mit verhandelbaren Preisen 6 %.

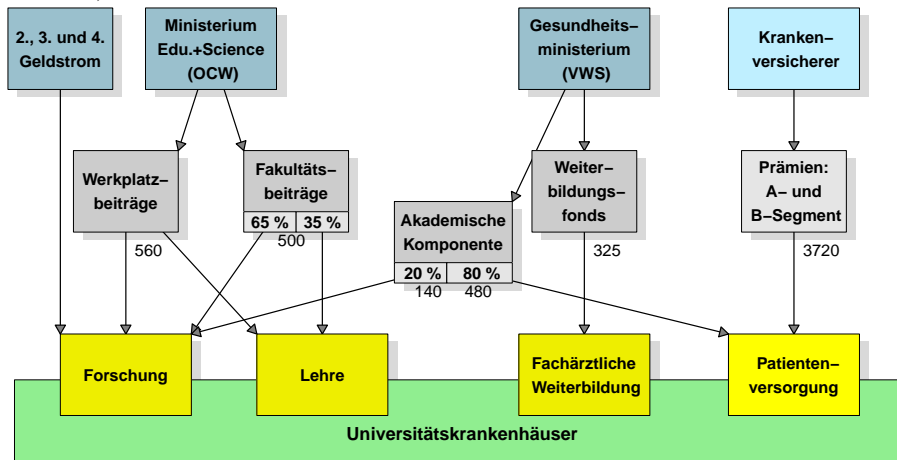
Anteil Fallpauschalen: 54 %
 ↑ Tafel 42 (S. 128)

Bezogen auf die Erträge aus der Krankenversorgung (also auf die Erträge exkl. Forschung, Lehre und fachärztliche Weiterbildung) lag der Fallpauschalenanteil bei 86 %.¹³

¹² Vgl. Jaspers [Finances UMC, 2012]: 8+9; Ministerie van Financiën [IBO UMC, 2012]: 15.

¹³ (A-Segment 48.2 % + B-Segment 6.1 %) / Krankenversorgung 62.9 % = 86.3 %.

Tafel 41: Niederlande: Finanzierungsströme Universitätskrankenhäuser (Beträge 2010 in Mio. €)



Z I M
 [UMED.132.chart.NL.FinUMC-13619]

Quelle: Nach: Ministerie van Financiën [IBO UMC, 2012]: 13+46.

F.2 Kostendifferenzen

Keine Recherchen

Es wurden keine Recherchen unternommen, um die Mehrkosten der einzelnen Universitätskrankenhäuser zu quantifizieren.

Entschädigte Mehrkosten: 13 %
 ▶ Tafel 42

Die staatlichen Zuschüsse tragen mit etwa 11 % zu den Erträgen aus der Krankenversorgung bei,¹⁴ d. h. sie decken Mehrkosten in der Krankenversorgung von ca. 13 %.¹⁵

F.3 Aufgaben- und strukturbezogene Vergütungen

↑ Tafel 42

Die im Folgenden genannten Zahlen für das Jahr 2010 sind in Relation zu setzen zu den Gesamterträgen der niederländischen Universitätskrankenhäuser von € 6 700 Mio.

F.3.1 Forschung und Lehre

Staatliche Zuschüsse

Für Forschung und Lehre stellt das Erziehungs- und Wissenschaftsministerium € 1 160 Mio. (2010) in Form von Fakultäts- und Arbeitsplatzbeiträgen zur Verfügung.¹⁶

Das Gesundheitsministerium zahlt eine «akademische Komponente» aus, von der traditionellerweise 20 % an die Forschung gehen. Das waren im Jahr 2010 € 140 Mio.

Projektbezogene Forschungszuschüsse

Daneben gibt es für die Forschung € 570 Mio. aus projektbezogenen Geldern («Forschung 2. bis 4. Geldstrom»).

F.3.2 Vergütungen der fachärztlichen Weiterbildung

Weiterbildungsfonds

Für die fachärztliche Weiterbildung gibt es einen Weiterbildungsfonds (opleidingsfonds), aus dem die Universitätskrankenhäuser im Jahr 2010 € 325 Mio. bezogen.¹⁷

Die nun folgenden Informationen zu diesem Thema stammen aus den Recherchen von 2009, die ich im Zusammenhang mit einem Gutachten für die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) unternahm.¹⁸ Manche dieser Informationen verdanke ich den freundlich gewährten telefonischen Auskünften von Herrn Joeb Rietrae vom niederländischen Gesundheitsministerium.

¹⁴ Akad. Komp. Maximalversorgung 7.2 % / Krankenversorgung 62.9 % = 11.4 %.

¹⁵ 11.4 % / (100 % - 11.4 %) = 12.9 %.

¹⁶ Für inhaltliche Details vgl. Ministerie van Financiën [IBO UMC, 2012]: 15 f.

¹⁷ Für inhaltliche Details vgl. Ministerie van Financiën [IBO UMC, 2012]: 12 f.

¹⁸ Fischer [Vergütungsmodelle für die ärztliche Weiterbildung, 2009].

Die Weiterbildungseinrichtungen werden von der *Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC)* oder von einer der vier weiteren standesärztlichen Registrierungskommissionen akkreditiert.¹⁹

Die Krankenhäuser sind frei, fachärztliche Weiterbildung anzubieten. Viele seien jedoch darauf erpicht wegen des Images, das Weiterbildungskrankenhäuser hätten.²⁰

Gezählt werden Vollzeit-Ausbildungsplätze nach Fachdisziplinen. Es wird unterschieden zwischen neu zu besetzenden Plätzen für Ärzte, welche die Weiterbildung starten, und Weiterbildungsplätzen für Ärzte, welche die begonnene Weiterbildung weiterführen.

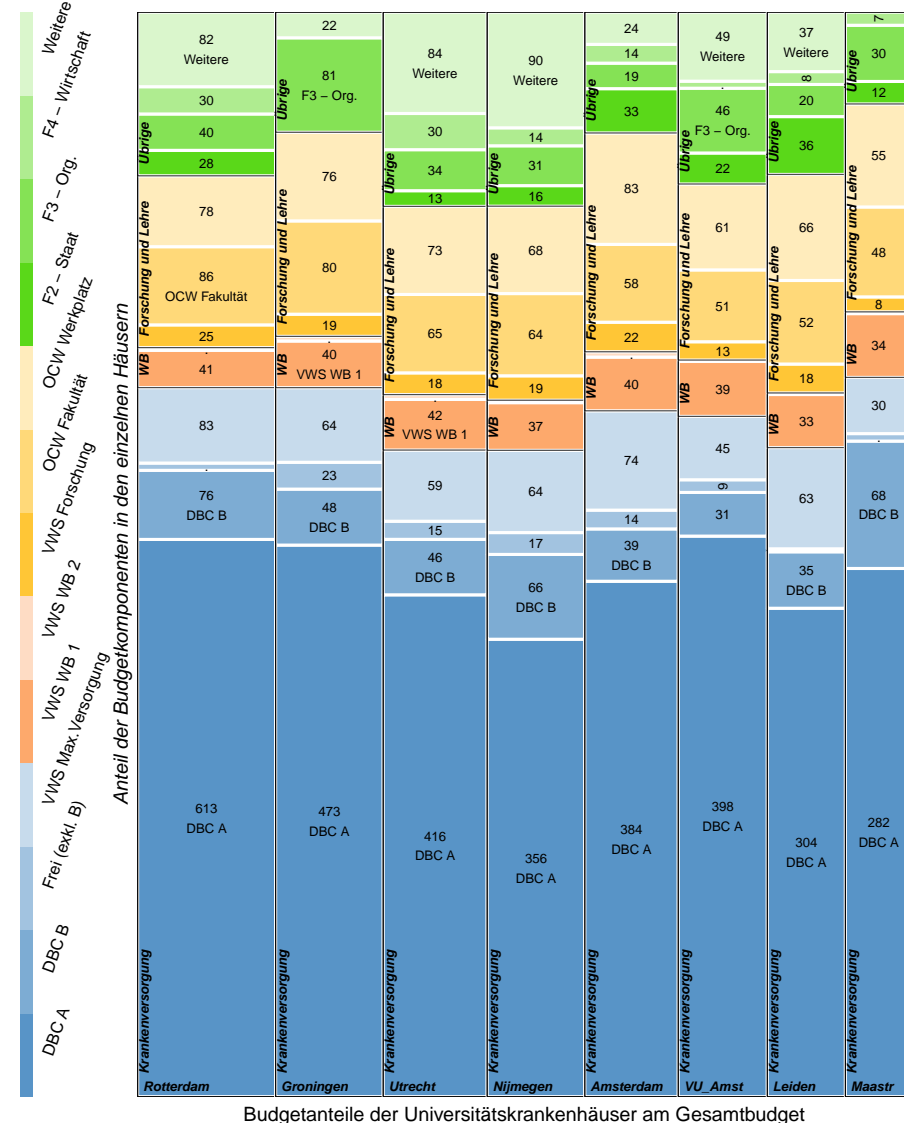
¹⁹ VWS-NL [Opleidingsfonds 1e Tranche, 2006]: Art. 1c und Beilage 2. Vgl. auch die Liste der Fachdisziplinen in: http://nl.wikipedia.org/wiki/Medisch_specialisme [2009-02].

²⁰ Interne Referenz: Telefon J. Rietrae, Gesundheitsministerium NL, 25.2.2009.

Tafel 42: Niederlande 2010: Budgets der Universitätskrankenhäuser (in Mio. €; Ministerie van Financiën [IBO UMC, 2012]: 46)

	Rotterdam	Groningen	Utrecht	Nijmegen	Amsterdam	VU Amsterd.	Leiden	Maastricht	TOTAL	%
TOTAL	1193	930	898	840	806	769	676	578	6689	100.0
Krankenversorgung	780	608	536	502	510	482	404	383	4205	62.9
DBC A-Segment	613	473	416	356	384	398	304	282	3225	48.2
DBC B-segment	76	48	46	66	39	31	35	68	408	6.1
Frei (exkl. DBC B-segment)	8	23	15	17	14	9	2	4	91	1.4
VWS akad. Komponente: Maximalversorgung	83	64	59	64	74	45	63	30	481	7.2
Forschung und Lehre (staatliche Beiträge)	232	219	201	189	206	165	171	146	1528	22.8
VWS Weiterbildungsfonds 1	41	40	42	37	40	39	33	34	306	4.6
VWS Weiterbildungsfonds 2	3	4	4	2	4	1	1	1	19	0.3
VWS akad. Komponente: Forschung	25	19	18	19	22	13	18	8	141	2.1
OCW Fakultätsbeiträge F+L	86	80	65	64	58	51	52	48	503	7.5
OCW Werkplatzbeiträge F+L	78	76	73	68	83	61	66	55	559	8.4
Übrige Erträge	181	102	161	150	90	122	101	48	956	14.3
Forschung 2. Strom: Staatliche Projekte	28		13	16	33	22	36	12	160	2.4
Forschung 3. Strom: Organisationen, Stiftungen	40	81	34	31	19	46	20	30	301	4.5
Forschung 4. Strom: Wirtschaft, Private	30		30	14	14	5	8	7	108	1.6
Weitere Zuschüsse	82	22	84	90	24	49	37	0	387	5.8

Tafel 43: Niederlande 2010: Budgetanteile der Universitätskrankenhäuser



Datenquelle: 123_FinMinNL_beleidsonderzoek_UMC.pdf

Zahlen: Beträge 2010 in Mio. Euro

Z I M [UMED.NL.UMC.132.fin.treemap-13711]

Quelle: Nach: Ministerie van Financiën [IBO UMC, 2012]: 14+46.

Die Anzahl der neu zu besetzenden Plätze wird jährlich neu berechnet und nach Bedarf und Möglichkeiten den Wünschen einzelner Krankenhäuser angepasst. Die Berechnung wird von einem beratenden Gremium – dem *College voor Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG)* – ausgeführt; über die definitiven Zahlen entscheidet die Regierung.²¹

Aus dem Weiterbildungsfonds wurden 2007 folgende Jahresbeiträge – in monatlichen Raten²² – vergütet:²³

- € 145 000 pro Arzt in Weiterbildung bei weniger als 50 Assistenzärzten.
- € 135 000 pro Arzt in Weiterbildung bei 50 bis 149 Assistenzärzten.
- € 108 000 pro Arzt in Weiterbildung bei 150 und mehr Assistenzärzten.

Die Beiträge enthalten alle jeweils € 59 000 Gehaltskosten, € 25 000 Material- und Overheadkosten (davon € 5 000 für Computer, Papier, usw., € 1 000 für Kurskosten und Studienliteratur) sowie € 9 000 nicht patientengebundene Kosten (Kurse, Supervision, u. ä.). Der restliche Betrag ist variabel je nach der Anzahl an Weiterbildungsplätzen und deckt damit Mehrkosten und Mehrproduktion, die durch die Ärzte in Weiterbildung entstehen.²⁴

In den Folgejahren wurden die Beiträge der Teuerung angepasst.

Die Beiträge, welche aus dem Weiterbildungsfonds pro Arzt in Weiterbildung den Krankenhäusern vergütet werden, wurden von der halbstaatlichen Aufsichtsbehörde des niederländischen Gesundheitswesens (*NZa = Nederlandse Zorgautoriteit*) mit dem Ministerium ausgehandelt. Ziel sei es, mehr Markt zu schaffen und die Höhe der Vergütungen anreizneutral zu halten, d. h. die Krankenhäuser sollten ihre Weiterbildungsaktivitäten nicht alleine wegen der Vergütungen aus dem Weiterbildungsfonds intensivieren.

Der Weiterbildungsfonds verfügt über Mittel von insgesamt ca. € 1 Mrd. Davon entfallen etwa $\frac{3}{4}$ auf den stationären Sektor. Dies entspricht etwa 6 000 Weiterbildungsplätzen.²⁵

²¹ VWS-NL [Opleidingsfonds 1e Tranche, 2006]: Art. 2. Interne Referenz: Telefon J. Rietrae, Gesundheitsministerium NL, 25.2.2009.

²² VWS-NL [Opleidingsfonds 1e Tranche, 2006]: Art. 5

²³ Vgl. LVAG-NL [Opleidingsfonds, 2008]: 1 f. In VWS-NL [Opleidingsfonds 1e Tranche, 2006]: § 2 sind leicht höhere Beiträge verzeichnet.

²⁴ Vgl. LVAG-NL [Opleidingsfonds, 2008]: 1 f.

²⁵ Es wurde mit einer durchschnittlichen Vergütung von € 125 000 gerechnet. – Ähnliche Vergütungsmodelle gibt es im subakuten Sektor mit etwa 2 500 ärztlichen Weiterbildungsplätzen bei einer durchschnittlichen Vergütung von ca. € 50 000 und bei den Hausärzten mit etwa 1 500 ärztlichen Weiterbildungsplätzen bei einer durchschnittlichen Vergütung von ca. € 65 000.

Prognosemodell

Zahlungen aus dem Weiterbildungsfonds

Ausgehandelte Beiträge

Ca. € 750 Mio für fachärztliche Weiterbildung an Akutkrankenhäusern

Anstellung

Kostenmodell

Kostenausgliederung

11 % Ertragsanteil Krankenversorgung

Investitionskostenzuschuss

Die Ärzte in Weiterbildung sind von den Krankenhäusern angestellt. Es gibt Gesamtarbeitsverträge (Tarifverträge). Die Gehälter richten sich nach den Vorgaben aus dem Weiterbildungsfonds, d. h. € 59 000 für das Jahr 2007 (ca. € 65 000 für das Jahr 2009).

Ein Krankenhaus kann auch mehr Ärzte in Weiterbildung anstellen, als ihm gemäss Budget zugeteilt wurden. Deren Löhne hat es ohne Unterstützung aus dem Weiterbildungsfonds selbst zu berappen.

Es gibt ein anerkanntes Kostenmodell, und es seien auch Studien erstellt worden. Die Resultate allerdings weisen grosse Streuungen auf und wären seitens des Ministeriums mit Vorsicht aufgenommen worden.²⁶

Die Vergütungen aus dem Weiterbildungsfonds werden aus der DBC-Fallkostenberechnung ausgegliedert.

F.3.3 Die «akademische Komponente» für die Maximalversorgung

Von der «akademischen Komponente», dem Zuschuss des Gesundheitsministeriums für die Universitätskrankenhäuser, sind traditionellerweise 80 % für die Maximalversorgung (*topreferente zorg*) bestimmt.²⁷ Im Jahr 2010 waren das € 480 Mio. Ihr Anteil an den Erträgen aus der Krankenversorgung der Universitätskrankenhäuser lag bei 11 % (bzw. bei 7 % der Gesamterträge).

Es handelt sich um historische Fördermittel. Die Transparenz der Verwendung der Gelder wurde 2012 von der interministeriellen Untersuchungsgruppe sehr bemängelt.²⁸

F.3.4 Investitionskosten

Grundsätzlich sind die Kapitalkosten in den DBC-Tarifen enthalten. Gemäss Jaspers²⁹ erhielten die Universitätskrankenhäuser 2011 zusätzlich € 270 Mio. an die Investitionskosten, d. h. gut 4 % der Betriebskosten.³⁰ Sie stammen zu 75 % vom Gesundheitsministerium (VWS) und zu 25 % vom Erziehungs- und Wissenschaftsministerium (OCW).

²⁶ Interne Referenz: Telefon J. Rietrae, Gesundheitsministerium NL, 25.2.2009.

²⁷ Ein Teil der Gelder geht auch an das Nationale Krebsinstitut und das angegliederte Krankenhaus (*NKI-AVL*). – Für inhaltliche Details vgl. Ministerie van Financiën [IBO UMC, 2012]: 15 + 22 f.

²⁸ Ministerie van Financiën [IBO UMC, 2012]: 22 f.

²⁹ Jaspers [Finances UMC, 2012]: 8+9.

³⁰ In Ministerie van Financiën [IBO UMC, 2012]: 15 ist die Rede von € 285 Mio. für 2011.

F.4 Einzelfallbezogene Vergütungen

F.4.1 Diagnose-Behandeling-Combinaties (DBC) und DOT

Der Entscheid, DBCs einzuführen, wurde im Jahr 2000 gefällt; ab dem 1.1.2005 wurden die Daten lückenlos erhoben und zur Finanzierung verwendet.³¹

Im Jahr 2006 waren ca. 29 000 DBCs definiert. Sie waren in ca. 600 homogene Kostengruppen zusammengeführt.³²

Eine DBC beschreibt eine Behandlungsepisode vom ersten Patientenkontakt mit der Feststellung des zu behandelnden Problems (*zorgvraag*) bis zur letzten Kontrolle (inkl. Rehabilitation). Dauert eine solche Episode länger als ein Jahr, wird eine Folge-DBC eröffnet.³³ Diese sektorenübergreifende Betrachtungsweise beinhaltet also nicht nur stationäre, sondern auch ambulante Behandlungen.³⁴ Ein Patient kann zur gleichen Zeit in mehreren DBCs behandelt werden. (Auch für Nebendiagnosen, die nebst einer Hauptdiagnose behandelt werden, werden zusätzliche DBCs eröffnet.³⁵)

DBC-Tarife haben zwei Komponenten: eine Komponente für die Krankenhauskosten (inkl. Kapitalkosten) und eine für die Spezialistenhonorare (basierend auf Normzeiten).³⁶

Es gibt zwei DBC-Listen. DBCs auf der Liste «A» haben feste Preise. Für die Vergütung steht dafür ein zum voraus von der *Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)* festgelegtes Budget zur Verfügung. Für DBCs auf der Liste «B» können die Preise der Krankenhauskomponente ausgehandelt werden. Es gibt es keinen Kontrahierungszwang. Auf dieser Liste befinden sich typischerweise Behandlungen mit hohem Volumen und relativ homogenen Kosten, wie z. B. Hüftersatzprothesen, Behandlung bei Diabetes mellitus, Katarakt- oder Leistenhernienoperation.³⁷ Nebst den Preisen können auch Maximalmengen vereinbart werden.³⁸

Einführung 2005

Episoden statt Fälle

Zwei
TarifkomponentenListen «A»
und «B»

³¹ HOPE [DRGs in EU, 2006]: 34.

³² HOPE [DRGs in EU, 2006]: 30. Für 2007 werden in <http://dbconderhoud.nl> ca. 29 000 DBCs angegeben. – Zur Einführung der DBCs vgl. auch die veralteten, aber immerhin deutschen Informationen in: Polei [DBC, 2001].

³³ Vgl. Busse et al. [DRGs in Europe, 2011]: 429.

³⁴ Zur Konstruktionsentwicklung des DBC-Systems vgl. Westerdijk et al. [DBC structures, 2003] oder Westerdijk/Ludwig [DBC structures, 2002]. – Ein Vergleich mit den Konstruktionselementen «konventioneller» DRG-Systeme und im Speziellen mit dem IR-DRG-System ist zu finden in: Welvaarts et al. [DBC, 2003].

³⁵ Busse et al. [DRGs in Europe, 2011]: 435+429.

³⁶ Busse et al. [DRGs in Europe, 2011]: 431+432+439.

³⁷ Busse et al. [DRGs in Europe, 2011]: 429+432+439.

³⁸ Vgl. Busse et al. [DRGs in Europe, 2011]: 440; HOPE [DRGs in EU, 2006]: 42+64.

DOT-System
ab 2012

Ab dem Jahr 2012 wurde das DBC-System abgelöst durch *DBC op weg naar transparantie (DOT = «DBC auf dem Weg Richtung Transparenz»)*.³⁹

Anstelle der etwa 30 000 DBCs treten ca. 4 400 «DBC-Produkte» (*DBC-ZP = DBC-Zorgproducten*). Sie haben neue Bezeichnungen und sollen klinisch besser erkennbar sein. Sie sind oft Fachdisziplinen-übergreifend definiert. Hauptsächlich dieses Prinzip ermöglichte die grosse Reduktion der Anzahl Behandlungsgruppen.⁴⁰

Nun mit Grouper
subtrajecten
statt Episoden

Während im DBC-System der Arzt die DBC zu Beginn einer Episode festlegte (und später bei Bedarf evtl. nochmals änderte), wird im DOT-System das zu fakturierende DBC-ZP mit einem Grouper anhand von Entscheidungsregeln ermittelt.⁴¹ Die DBC-ZP-Pauschale bezieht sich nicht mehr auf die ganze Episode, sondern nur noch auf einzelne *subtrajecten*.

³⁹ NZa [Prestatiebekostiging, 2011].

⁴⁰ Busse et al. [DRGs in Europe, 2011]: 443.

⁴¹ Vgl. Inview [DOT, 2011]: 4; Busse et al. [DRGs in Europe, 2011]: 430.

Tafel 44: DBC-ZP-Zuschläge Intensivmedizin 2013 (gerundet auf ganze €)

Code	Basis-DBC-ZP	Splittkriterium	€ Krankenhaus	€ Spezialist
190150	Neonatale IC		2 156	193
190151	Pädiatrische IC		2 269	193
190125	IC-Behandlungstag	Gruppe 1	1 370	147
190134		Gruppe 2	1 682	211
190141		Gruppe 3	1 862	287
190126	IC-Aufnahmezuschlag (erster Tag)	Gruppe 1	343	37
190135		Gruppe 2	420	52
190142		Gruppe 3	465	75
190127	IC-Beatmungszuschlag	Gruppe 1	274	29
190136		Gruppe 2	336	42
190143		Gruppe 3	372	55
190128	IC-Dialysezuschlag	Gruppe 1	206	22
190137		Gruppe 2	252	31
190144		Gruppe 3	279	43
190129	Interdisziplinäre IC-Konsultation ausserhalb der IC	dringlich und nicht-dringlich		65
190130	Interklinischer IC-Transport	< 2 Stunden		246
190131		≥ 2 Stunden		491
190132	MICU-Transport	< 2 Stunden	1 515	244
190133		≥ 2 Stunden	1 515	470

Während im DBC-System die Preise von etwa 34 % der DBCs verhandelbar waren (DBC der Liste «B»), sind es im neuen DOT-System 77 % der DBC-ZPs.⁴²

Nicht-verhandelbare, fixe Preise haben z. B. Traumabehandlungen und Organspendentnahmen.⁴³

F.4.2 «Add-ons» für Intensivmedizin

Im seit 2012 gültigen DOT-System sind intensivmedizinische Behandlungstage sowie ausgewählte Medikamente, die teuer sind oder für seltene Krankheiten eingesetzt werden, als «Add-ons» definiert.

«Add-ons» sind Leistungsbündel, die eine eigenständige DBC-ZP bilden und zusätzlich erbracht und abgerechnet werden können.⁴⁴

Für das Jahr 2013 sind 19 intensivmedizinische «Add-ons» definiert.⁴⁵ Es gibt drei Basistarifpositionen für intensivmedizinische Behandlungstage Erwachsener, je drei Zuschläge für den ersten Tag, für Beatmung und für Dialyse. Weitere Zuschläge gibt es für interklinische Transporte⁴⁶ sowie für interdisziplinäre Konsultationen.

Für Tage mit pädiatrischer oder neonataler intensivmedizinischer Behandlung gibt es separate Tarife.

F.4.3 «Add-ons» für teure Medikamente

Teure Medikamente werden zu 80 % des Einkaufspreises und Medikamente für seltene Krankheiten zu 100 % rückerstattet.⁴⁷ Letzteres gilt nur für

Doppelt so viele verhandelbare Preise

«Add-ons» = Zusatzentgelte

Intensivmedizin
► Tafel 44

Teure Medikamente

⁴² Unter <http://dbc-zorgproducten-tarieven.nza.nl/nzaZpTarief/> [2013-02] erscheinen für das Jahr 2013 im A-Segment 994 DPC-ZPs (23 %) und im B-Segment 3419 DPC-ZPs (77 %). – Vgl. auch Inview [DOT, 2011]: 2; Busse et al. [DRGs in Europe, 2011]: 428+432.

⁴³ <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/prestaties-belonen-in-ziekenhuizen/prestatiebekostiging> [2013-03]: «Over sommige zorg mogen ziekenhuizen en zorgverzekeraars niet onderhandelen. Hiervoor geldt een vaste bijdrage. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de traumazorg en de donoruitnameteams. Donoruitnameteam zijn werkzaam in transplantatiecentra.»

⁴⁴ Definition: «Add-ons zijn overige zorgproducten, uitgedrukt in zorgactiviteiten, behorend bij een DBC-zorgproduct (aanhaakprestatie). Alleen zorg op de Intensive Care (IC) alsmede een limitatief aantal dure en weesgeneesmiddelen zijn gedefinieerd als een add-on.» – <http://dbc-zorgproducten-tarieven.nza.nl/nzaZpTarief/> > Vraagstukken > Begrippen & definities > Add-on [2013-02].

⁴⁵ <http://dbc-zorgproducten-tarieven.nza.nl/nzaZpTarief/> [2013-03].

⁴⁶ MICU = Mobile Intensive Care Unit.

⁴⁷ Busse et al. [DRGs in Europe, 2011]: 439; Ministry of Health [Rare Diseases, 2013].

anerkannte Spezialabteilungen. In der Praxis sind diese in Universitätskrankenhäusern beheimatet.⁴⁸

F.4.4 Kurz- und Langliegervergütung

Verweildauer als Splitkriterium

Die Ausreisserproblematik wurde im DOT-System auf DRG-untypische Weise gelöst. Anstelle der Definition von unteren und oberen Grenzverweildauern wurden mehrere Behandlungsgruppen definiert. Zum Beispiel wurden die DBC-ZPs für nicht-chirurgisch behandelte Schlaganfallpatienten differenziert nach folgenden Verweildauern: 1 bis 5 Tage, 6 bis 28 Tage, über 28 Tage.⁴⁹

Falsche Anreize?

Diese Methode muss aus DRG-Sicht kritisiert werden, denn die Verweildauer ist keine unbeeinflussbare Grösse, sondern eine Ergebnisvariable. Die Verwendung einer Ergebnisvariable als Gruppierungskriterium ist problematisch, weil sie manipulierbar ist. Wenn die Ertrags sprünge zwischen den einzelnen Fallgruppen genügend gross sind, kann es Anreize geben, die Patienten solange zu behalten, bis sie gerade über die nächste Verweildauergrenze gelangen.

F.4.5 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Evaluationsverfahren

Neue Methoden werden vom niederländischen Casemix-Office *DBC onderhoud* (DBC-O), der Vereinigung der Krankenversicherer *College Voor Zorgverzekeringen* (CVZ) und der Gesundheitsautorität *Nederlandse Zorgautoriteit* (NZA) in einem definierten, maximal sechsmonatigen Verfahren evaluiert. Dann werden sie entweder als neue DBC ins DBC-System aufgenommen oder in eine bestehende DBC integriert oder abgelehnt. Dies kann zweimal pro Jahr geschehen. Vergütet werden die neuen Methoden erst, wenn sie im DBC-System aufgenommen sind.⁵⁰

Neue Medikamente

Seit 2006 gilt die Regel, dass innovative (und seltene) Medikamente während vier Jahren separat abgerechnet werden können.⁵¹

F.5 Defizitdeckung

Keine Recherchen

(Zu diesem Thema wurden keine Recherchen unternommen.)

⁴⁸ «Reimbursement of orphan drugs administered within a hospital-care setting can only be claimed by designated centres of expertise (in practice these are the university medical centres).» – Ministry of Health [Rare Diseases, 2013]: 9.

⁴⁹ DBC Onderhoud [Productstructuur, 2011]: 21.

⁵⁰ Busse et al. [DRGs in Europe, 2011]: 441 f.

⁵¹ Vgl. Delwel [2008] zitiert in: Busse et al. [DRGs in Europe, 2011]: 144; Busse et al. [DRGs in Europe, 2011]: 442.

F.6 Diskurs

F.6.1 Begründungen für höhere Zahlungen

- Da im Bereich der tertiären Versorgung (Maximalversorgung) der Markt versagt, sind öffentliche Finanzierung sowie Regulierung gerechtfertigt.⁵²

F.6.2 Revisionsvorschläge

- Über die Zuschüsse soll Rechenschaft abgelegt werden. Heute besteht keine Transparenz über den Zusammenhang zwischen Finanzierung und Leistung. Die unterschiedlichen Zuschüsse sollen zukünftig eindeutiger den damit verbundenen Aufgaben zugewiesen werden.⁵³
- Auch andere Institutionen als Universitätskrankenhäuser sollten aus der «akademischen Komponente» staatliche Fördermittel beantragen können, sofern sie die Kriterien dafür erfüllen. Das förderte Innovationen.⁵⁴
- Die «akademische Komponente», die im Jahr 2010 noch € 647 Mio. betrug, wird auf 2012 um € 10 Mio. gekürzt. Bis 2015 wird die Kürzung € 40 Mio. betragen.⁵⁵

⁵² Ministerie van Financiën [IBO UMC, 2012]: 3+21.
⁵³ Ministerie van Financiën [IBO UMC, 2012]: 4+3.
⁵⁴ Ministerie van Financiën [IBO UMC, 2012]: 4.
⁵⁵ Ministerie van Financiën [IBO UMC, 2012]: 15.

F.7 Zusammenfassung ausgewählter Regelungen

Ausgangssituation

Acht Universitätskrankenhäuser
 ↑ S. 124

In den Niederlanden gibt es unter 90 Akutkrankenhäusern acht Universitätskrankenhäuser.

Ob es bei der Krankenversorgung schweregradbereinigte Kostendifferenzen gibt zwischen Universitätskrankenhäusern und den übrigen Krankenhäusern, konnte ich noch nicht in Erfahrung bringen.

Vergütungen universitärer Aufgaben

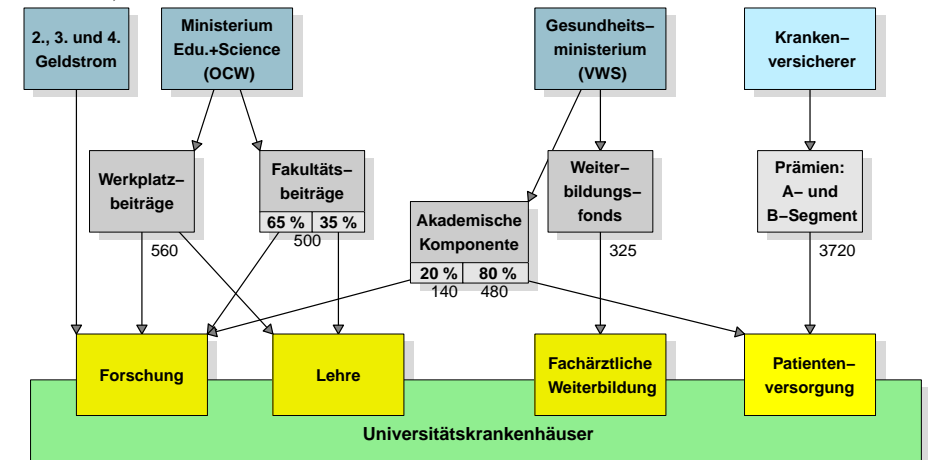
Forschung und Lehre
 ▶ Tafel 45
 ↑ S. 125
 ↑ S. 127

Forschung und Lehre werden vom Erziehungs- und Wissenschaftsministerium über «Werkplatzbeiträge» und «Fakultätsbeiträge» gefördert. Hinzu kommen (traditionellerweise) 20 % der «akademischen Komponente», welche das Gesundheitsministerium vergibt. Weitere Zuschüsse sind projektbezogen und stammen vom Staat, von Organisationen, Unternehmen und Privaten.

Mehraufwand Maximalversorgung
 ↑ S. 131

Die restlichen 80 % der «akademischen Komponente» sind für den Mehraufwand bestimmt, der durch die Aufgabe der Maximalversorgung entsteht. Diese Zuschüsse tragen mit etwa 11 % zu den Erträgen aus der Krankenversorgung der Universitätskrankenhäuser bei (bzw. zu 7 % der Gesamterträge).

Tafel 45: Niederlande: Finanzierungsströme Universitätskrankenhäuser (Beträge 2010 in Mio. €)



Quelle: Nach: Ministerie van Financiën [IBO UMC, 2012]: 13+46.

Für die fachärztliche Weiterbildung gibt es einen staatlichen Weiterbildungsfonds.

Fachärztliche Weiterbildung
↑ S. 127

Vergütung der Krankenversorgung

Im neuen, seit 2012 angewandten DOT-System (*DOT = DBC op weg naar transparantie*) sind 77 % der gut 4400 Fallgruppen (*DBC-ZPs*) dem B-Segment zugeordnet, d. h. sie haben verhandelbare Preise. Verhandelbar ist nur die Krankenhauskomponente; die Spezialistenkomponente ist auch in diesem Bereich unflexibel. Festgelegt sind Maximalpreise.

Verhandelbare Preise
↑ S. 132

Im seit 2012 gültigen DOT-System sind intensivmedizinische Behandlungstage sowie ausgewählte Medikamente, die teuer sind oder für seltene Krankheiten eingesetzt werden, als «Add-ons» definiert. Diese Positionen können zusätzlich zu den Fallpauschalen abgerechnet werden.

Zusatzentgelte für Intensivmedizin und Medikamente
↑ S. 134

Für Kurz- und Langlieger gibt es zusätzliche Fallgruppen mit eigenen Gewichten. Das kann zu falschen Anreizen führen.

Kurz- und Langlieger
↑ S. 135

Defizitdeckung

(Zu diesem Thema wurden keine Recherchen unternommen.)

Keine Recherchen
↑ S. 135

In Diskussion stehen folgende Punkte:

- Sowohl Zuschüsse für Forschung und Lehre des Erziehungs- und Wissenschaftsministeriums, wie auch die «akademische Komponente» des Gesundheitsministeriums werden in Frage gestellt, da deren Verwendung nicht transparent genug offengelegt wird.
- Die «akademische Komponente» sollte nicht nur den Universitätskrankenhäusern zur Verfügung stehen, sondern allen Krankenhäusern, welche entsprechende Leistungen erbringen.

Transparenz?

Ausschliesslichkeit?

Abschliessender Kommentar

Hinter vielen Regelungen in den Niederlanden stehen Bemühungen, marktwirtschaftliche Elemente in den Krankenhausmarkt einzubringen. Deshalb wurde der Anteil der verhandelbaren Fallpauschalen (*DBC-ZP-Vergütungen*) auf drei Viertel erhöht. (Allerdings gilt die Einschränkung, dass Maximalpreise festgelegt wurden.)

Marktwirtschaftliche Elemente

Für die Universitätskrankenhäuser gibt es dessen ungeachtet hohe staatliche Zuschüsse für fachärztliche Weiterbildung, Forschung und Krankenversorgung im Bereich der Maximalversorgung. Sie betragen 2010 30 % des Budgets.⁵⁶ Hinzug kamen projektbezogene staatliche Forschungsbeiträge von 2.4 %.

30 % staatliche Zuschüsse für Uni-KH

⁵⁶ Forschung und Lehre 22.8 % + «akademische Komponente» Maximalversorgung 7.2 % = 30 %.

G Vereinigte Staaten Amerikas

G.1 Das amerikanische Gesundheitswesen

G.1.1 Organisation

Krankenversicherung

Die staatlichen Krankenversicherungen «Medicare» (für Senioren) und «Medicaid» (für bestimmte Gruppen von Minderbemittelten) wurden 1965 per Bundesgesetz eingeführt.

«Obamacare»

2010 wurde das neue Gesetz *Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)* unterzeichnet. Die Neuerungen werden sukzessiv bis 2020 eingeführt. Hauptziele sind, alle Amerikaner zu versichern und Kosten zu sparen.

Krankenhauswesen

(Zu diesem Thema wurden keine Recherchen unternommen.)

G.1.2 Finanzierung

Gesundheitswesen 2010: US\$ 8 200 pro Person (18 % des BIP)

Die Gesundheitsausgaben in den USA sind sehr hoch. Gemäss Angaben der OECD betragen sie im Jahr 2010 ca. US\$ 8 200 pro Person oder 18 % des Bruttoinlandproduktes.¹ Davon waren etwas weniger als US\$ 4 000 öffentliche Ausgaben. Der Rest waren private Ausgaben.

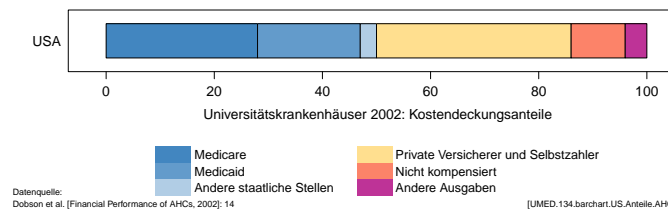
Kostendeckung Universitätskrankenhäuser
▶ Tafel 46

Die Kosten *Akademischer Lehrkrankenhäuser (AHCs)* wurden 2000 zu 28 % von Medicare, zu 19 % von Medicaid (zusammen: 47 %), zu 3 % von anderen staatlichen Stellen, zu 36 % von privaten Versicherern und Selbstzahlern gedeckt. 10 % wurden nicht kompensiert. 4 % betrafen andere Ausgaben.²

¹ Im Vergleich dazu werden für die Niederlande US\$ 5 056 (12.0 %), für Deutschland US\$ 4 338 (11.6 %), für die Schweiz US\$ 5 270 (11.4 %), für Österreich US\$ 4 395 (11.0 %), und für Grossbritannien US\$ 3 433 (9.6 %) angegeben. – OECD [US Health Care, 2012]: 3+5.

² Nach: Dobson et al. [Financial Performance of AHCs, 2002]: 14.

Tafel 46:
USA 2000: Kostendeckung Universitätskrankenhäuser



Datenquelle: Dobson et al. [Financial Performance of AHCs, 2002]: 14

[UMED:134.barchart.US.Anteile.AHC-13422]

Bei den durch Medicaid versicherten Behandlungsfällen wurden im Jahr 2000 (1994) 96 % (95 %) der Behandlungskosten gedeckt. Bei Behandlungsfällen von Medicare waren es 100 % (98 %). Bei Fällen von privaten Versicherern und Selbstzahlern lagen die Vergütungen bei 113 % (124 %) der Kosten.³

G.1.3 Die staatlichen Versicherungen *Medicare* und *Medicaid*

Vorbemerkung: Die folgenden Erläuterungen stammen aus den Recherchen von 2009, die ich im Zusammenhang mit einem Gutachten für die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) unternahm.⁴ Die Grundstrukturen (z. B. Medicare Teile A bis D) gelten nach wie vor; manche Parameter sind aber zum Teil schon überholt.

Medicare ist eine staatliche Versicherung für Senioren (über 65-jährige), Schwerbehinderte, Dialysepflichtige und Transplantationspatienten. Im Jahr 2004 waren über diese Versicherung knapp 42 Mio. Menschen versichert, wovon 35.4 Mio. älter als 65 Jahre alt waren.⁵

Mit dem Programmteil «A» sind Krankenhausaufenthalte (maximal 150 Tage während einer *benefit period*) sowie die anschließende häusliche Pflege oder die Rehabilitation (maximal 100 Tage) gedeckt. (Nach einem Unterbruch von 60 leistungsfreien Tagen beginnt eine neue *benefit period*.) Es gibt einen Selbstbehalt. Er betrug im Jahr 2005 US\$ 960. Ab dem 61. Tag waren damals Zuzahlungen von US\$ 280, ab dem 91. Tag von US\$ 456 zu zahlen.⁶

Finanziert wird Teil A über einen Lohnabzug von 1.45 %, welcher je nach Arbeitsvertrag vom Arbeitgeber oder vom Arbeitnehmer bezahlt wird.⁷

Programmteil «B» umfasst ambulante Behandlungen. Dieser Programmteil ist freiwillig; die meisten nach «A» versicherten Personen – nämlich etwa 88 % – haben sich auch in Teil «B» einschreiben lassen. Es gibt einen Selbstbehalt von US\$ 110 pro Jahr und eine Kostenbeteiligung von 20 %.

25 % des finanziellen Bedarfs dieses Programmteils wird über monatliche Beiträge der Versicherten gedeckt; der Rest von 75 % wird über allgemeine Steuermittel aufgebracht.⁸

Medicare

– Teil A:
Krankenhaus

– Teil B:
Ambulante
Behandlungen

– Teil C:
HMO

Wenn man sich in einer «Health Maintenance Organization» (HMO) behandeln lassen will, hat man sich in Teil «C» einzuschreiben. Damit einhergehend wird ein etwas verbesserter Leistungsumfang angeboten.⁹

– Teil D:
Medikamente

Seit 2006 kann man auch freiwillig eine Medikamentenversicherung abschliessen. Man zahlt dafür Monatsbeiträge. Da diese nicht kostendeckend sind, muss auch dieser Programmteil mit Steuermitteln unterstützt werden.¹⁰

20 % der
Krankenhaus-
Betriebserträge

Im Jahr 2010 hatten etwa 3 500 Akutkrankenhäuser DRG-Verträge mit Medicare. Medicare vergütete etwa US\$ 116 Mia. in Form von DRG-Pauschalen. Das waren etwa 25 % der Gesamtausgaben von Medicare und 20 % der Betriebserträge der Krankenhäuser.¹¹

Medicaid

Medicaid ist ein staatliches Versicherungsprogramm für Bedürftige, welches in einem Rahmengesetz des Bundes geregelt ist und von den einzelnen Staaten auf unterschiedliche Weise ausgestaltet werden kann. Die Bundeszuschüsse lagen im Jahre 2005 in Abhängigkeit von der Ausgestaltung zwischen 50 % und 70 % der Ausgaben.¹²

Der Bund legt die Teilnahmeberechtigung der Staaten nach Personenkategorien und nach minimalen Einkommens- und Vermögensgrenzen fest. Letztere sind je nach Personenkategorie unterschiedlich hoch. Zum Beispiel kann ein Staat an Medicaid teilnehmen, wenn alle schwangeren Frauen in die Versicherung eingeschlossen werden, deren Einkommen unterhalb von 133 % der offiziellen Armutsgrenze liegt. Bei Eltern von Kindern unter 19 Jahren liegt die minimal vorzusehende Einkommensgrenze bei 42 % der Armutsgrenze. Weitere Personenkategorien, die eingeschlossen werden können, sind bestimmte Gruppen von Behinderten oder Anstaltsinsassen. Vom Rahmengesetz grundsätzlich ausgeschlossen sind nicht behinderte Alleinstehende oder Ehepaare ohne Kinder, auch wenn deren Einkommen unterhalb der Armutsgrenze liegt.

Von den Staaten minimal zu versichernde Leistungen sind Krankenhausbehandlung, ambulante Behandlung in staatlich akkreditierten Gesundheitsorganisationen, Labor- und Röntgenuntersuchungen, Krankenpflege, zahnärztliche Leistungen, Entbindung inkl. 60 Tage Nachsorge.

⁹ Vgl. Fleischhauer [Finanzierung Gesundheitswesen, 2007]: 102.

¹⁰ Vgl. Fleischhauer [Finanzierung Gesundheitswesen, 2007]: 102.

¹¹ Vgl. MedPAC [IPPS Basics, 2012]: 1. – In MedPAC [Report, 2013]: 41 wird von 4 800 Akutkrankenhäusern gesprochen, die Zahlungen aus dem *Medicare prospective payment system* oder aus dem *critical access payment system* erhielten. Es gibt ein *inpatient prospective payment system (IPPS)* und ein *outpatient prospective payment system (OPPS)*.

¹² Vgl. zum Folgenden: Fleischhauer [Finanzierung Gesundheitswesen, 2007]: 103 ff und die dort zitierte Literatur.

G.1.4 Universitätskrankenhäuser und andere Lehrkrankenhäuser

In der Liste der 3 500 Krankenhäuser, die im Fiskaljahr 2013 einen Teil ihrer Leistungen bei den staatlichen Versicherungen *Medicare* und *Medicaid* nach DRGs abrechnen, sind 100 Universitätskrankenhäuser aufgeführt. Als Bezeichnungen wurden verwendet:¹³

- *University (District / Community / General) Hospital.*
- *Hospital of University of XY.*
- *University (of XY) Medical Center.*
- *University (of XY) Health Center.*
- *University (of XY) Health System.*

CMS-Liste der Universitätskrankenhäuser

Integrierte Lehrkrankenhäuser nach AAMC

Über 1000 Lehrkrankenhäuser Typen von Lehrkrankenhäusern nach Dobson et al.

Die *American Association of Medical Colleges (AAMC)* definiert «integrierte Lehrkrankenhäuser» (*integrated teaching hospitals*) als Krankenhäuser, in welchen die Mehrheit der klinischen Leiter auch Departementsvorsteher in der damit verbundenen medizinischen Schule sind.¹⁴

In den Daten der Amerikanischen Krankenhausvereinigung (*AHA*) von 2000 wurden 1138 Lehrkrankenhäuser (*teaching hospitals*) aufgeführt.¹⁵

Dobson et al. definieren folgende Typen von Lehrkrankenhäusern (in Klammern: Anzahl Krankenhäuser, die sie in ihre Studie aufgenommen haben [insgesamt 4915], und Anzahl Krankenhäuser im Jahr 2000):¹⁶

- AHC-Lehrkrankenhäuser (*Academic Health Centers*: 93 / 119) gemäss einer Erweiterung der oben angegebenen AAMC-Definition.
- Übrige grössere Lehrkrankenhäuser (*major teaching hospitals*: 110 / 181): Nicht-AHC-Krankenhäuser mit einer Lehrintensität von mehr als 0.25 Assistenzärzten pro Bett und mit mindestens 50 Betten.
- Kleinere Lehrkrankenhäuser (*minor teaching hospitals*: 527 / 838): Nicht-AHC-Krankenhäuser mit einer Lehrintensität von weniger als 0.25 Assistenzärzten pro Bett oder mit weniger als 50 Betten.
- Grosse städtische Nicht-Lehrkrankenhäuser (*large urban non-teaching hospitals*: 678 / –) mit mehr als 100 Betten.
- Übrige Gemeindekrankenhäuser (*community hospitals*: 3507 / –).

Dobson et al. zählen die Aufgaben von *Academic Health Centers (AHCs)* und den damit verbundenen AHC-Krankenhäusern auf als:¹⁷

¹³ http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/Downloads/FY_13_FR_Impact_File.zip [2013-03].

¹⁴ «The AAMC defines an *integrated teaching hospital* as one in which a majority of clinical chiefs of staff are also department chairs in the affiliated medical school.» Dobson et al. [Financial Performance of AHCs, 2002]: 2. – Diese Definition und die zugehörige Liste benutzten auch Koenig et al. [Mission Related Costs, 2003]: 122 Endnote 16.

¹⁵ Zitiert in: Dobson et al. [Financial Performance of AHCs, 2002]: 2.

¹⁶ Dobson et al. [Financial Performance of AHCs, 2002]: 2+4.

¹⁷ Dobson et al. [Financial Performance of AHCs, 2002]: 1.

- Lehre.
- Forschung.
- Versorgung von Patienten mit medizinisch komplexen Problemen.
- Versorgung von mittellosen Patienten.¹⁸

G.1.5 Dauer des Fiskaljahres

Fiskaljahr beginnt am 1. Oktober

Das Fiskaljahr in den USA beginnt am ersten Oktober. Das Fiskaljahr «2013/14» wird in dieser Studie geschrieben als «2013+».

G.2 Kostendifferenzen

Kostenvergleich

Dobson et al. verglichen die Kosten von Universitätskrankenhäusern (*Academic Health Centers (AHCs)*) mit den Kosten grösserer und kleinerer Lehrkrankenhäuser und urbanen Grosskrankenhäusern ohne Aus- und Weiterbildungsplätze. Verglichen wurden folgende Kosten (immer inkl. der direkten Kosten der fachärztlichen Weiterbildung (*DME*)).¹⁹

- Durchschnittliche Fallkosten aller stationären Patienten.
- Durchschnittliche Fallkosten der stationären Medicare-Patienten.
- Casemix-bereinigte Fallkosten der stationären Medicare-Patienten.

Universitätskrankenhäuser haben höhere Kosten
▶ Tafel 47

Die grafische Darstellung dieser Kostenwerte zeigt, dass die Universitätskrankenhäuser höhere Kosten aufweisen. Die Differenzen sind nach der Berücksichtigung der Casemix-bedingten Unterschiede deutlich kleiner (Grafikfeld ganz rechts). Die Kostenunterschiede zwischen grösseren und kleineren Lehrkrankenhäusern (zweit- und drittoberste Linie) sind deutlich grösser als jene zwischen grösseren Lehrkrankenhäusern und Universitätskrankenhäusern (oberste und zweitoberste Linie).

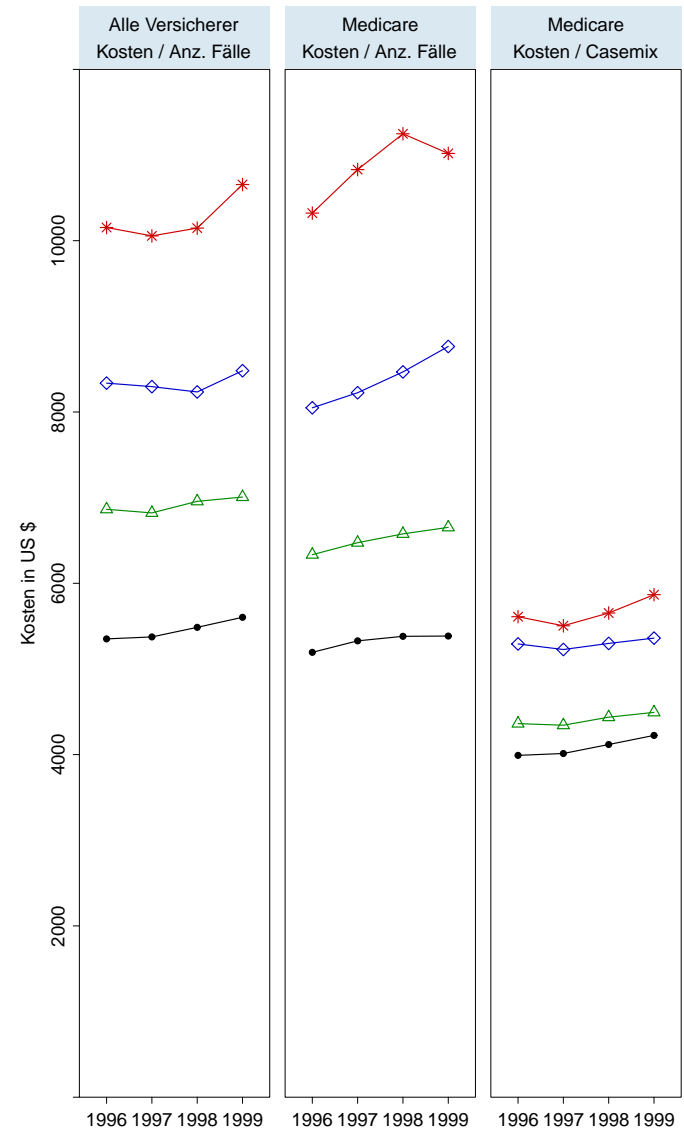
Vergleich vergütungsrelevanter Parameter
▶ Tafel 48

Die nächste Grafik zeigt den Vergleich der Streuungen von verschiedenen vergütungsrelevanten Parametern der 3500 Krankenhäuser, welche im Fiskaljahr 2013 Leistungen bei *Medicare* und *Medicaid* abrechnen. Sie wurden differenziert nach den 100 Universitätskrankenhäusern und den übrigen Krankenhäusern.²⁰

¹⁸ «In keeping with their mission statements, AHC hospitals, particularly public AHC hospitals, are committed to providing health care to the poor.» – Dobson et al. [Financial Performance of AHCs, 2002]: xi+19.

¹⁹ Dobson et al. [Financial Performance of AHCs, 2002]: 16f.

²⁰ Datenquelle: http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/Downloads/FY_13_FR_Impact_File.zip [2013-03]

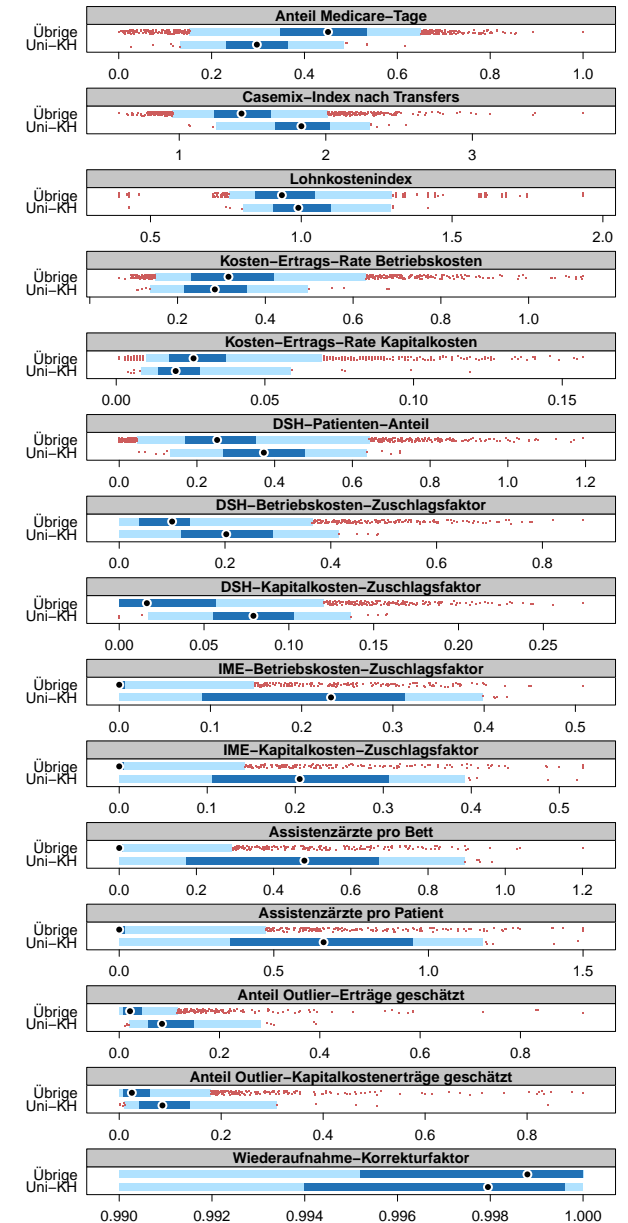


Tafel 47:
USA: Kostenvergleich nach Krankenhausstypen 1996–1999

- * * * Academic Health Center (n=93)
- ◇ ◇ ◇ Major Teaching (n=110)
- △ △ △ Minor Teaching (n=527)
- ● ● Urban Large Non-Teaching (n=678)

Datenquelle: Dobson et al. [Financial Performance of AHCs, 2002]: 17 Z I M [UMED.US.AHC.132.xyplot-13422]

Tafel 48:
USA 2012: Streuung von DRG-bezogenen Krankenhausvariablen



Hellblauer Balken: 5% bis 95% der Krankenhäuser. Dunkelblauer Balken: 25% bis 75% der KH. Schwarzer Punkt: Median.

Datenquelle: Insgesamt 3500 Krankenhäuser (davon 100 Uni-KH) www.cms.gov: FY 13 FR Impact File - updated March 2013 Z I M [CMS.133.bwplot.impact-13419]

Es zeigen sich insbesondere folgenden Unterschiede:

- Deutlich höherer *Casemix-Index*.
- Viel höhere Anzahl *Assistenzärzte pro Bett* und *Assistenzärzte pro Patient*.
- Viel höherer Anteil mittelloser Patienten (*DSH-Patienten-Anteil*).
- Viel höhere Zuschläge für die Behandlung mittelloser Patienten (*DSH*) und für die indirekte fachärztliche Weiterbildung (*IME*).
- Deutlich mehr Hochkostenfälle (höhere *Outlier-Erträge geschätzt*).

Die prozentualen IME-Betriebskosten-Zuschläge aller Krankenhäuser liegen für 2013 zwischen 0 % und 51 %. Das erste Quartil liegt bei 0 %, das dritte bei 1 %.

Dass die IME-Zuschläge insbesondere den Universitätskrankenhäusern zugute kommen, sieht man daran, dass für diese das erste Quartil bei 9 % und das dritte bei 31 % liegt.

Die prozentualen DSH-Betriebskosten-Zuschläge aller Krankenhäuser liegen für 2013 zwischen 0 % und 88 %. Das erste Quartil liegt bei 4 %, das dritte bei 14 %.

Dass auch die DSH-Zuschläge insbesondere den Universitätskrankenhäusern zugute kommen, sieht man daran, dass für diese das erste Quartil bei 12 % und das dritte bei 29 % liegt.

Ob sich die Casemix-bereinigten Kosten von Universitätskrankenhäusern und Nicht-Universitätskrankenhäusern unterscheiden, kann aus dieser Grafik nicht abgelesen werden.

In weiter unten folgenden Grafiken sieht man ebenfalls: Universitätskrankenhäuser erhalten häufiger und oft auch höhere Zuschläge für fachärztliche Weiterbildung und für die Behandlung mittelloser Patienten. Oft werden beide Zuschläge in Kombination vergütet.

Die Dichtediagramme zu den einzelnen Zuschlagsvariablen zeigen, dass die Vergütungen an Universitätskrankenhäusern im Durchschnitt höher sind, dass sie aber stark streuen.

G.3 Aufgaben- und strukturbezogene Vergütungen

G.3.1 Forschung und Lehre

Zur Frage der Finanzierung der universitären medizinischen Forschung in den USA wurden keine Recherchen unternommen.

Medizinstudenten werden von *Medicare* nicht unterstützt.²¹

²¹ «A student is never considered to be an intern or a resident. Medicare does not pay for any service furnished by a student.» Vgl. CMS [Claims Manual-12, 2008]: 147. – «Interns» sind graduierte, im ersten Jahr praktisch tätige Ärzte.

Indirekte
fachärztliche
Weiterbildung

Mittellose
Patienten

Hier: Keine
Aussage über
Kostendifferenzen

DSH- und
IME-Zuschläge
↑ Tafel 54 (S. 155)

↑ Tafel 53 (S. 154)

Forschung

Lehre

G.3.2 Vergütungen der fachärztlichen Weiterbildung

*Direct Graduate
Medical Education
(DGME)*

Die direkten Weiterbildungskosten werden pro Assistenzarzt (*resident*) ausbezahlt. Sie umfassen Gehälter für die Assistenzärzte, die Professoren, Lehrmaterialien, Schulzimmer, Konferenzen und weitere Organisationskosten. Diese Kosten werden aufgrund der Krankenhausbuchhaltung berechnet.²²

*Indirect Medical
Education (IME)*

Die indirekten Weiterbildungskosten sollen die Kostenunterschiede zwischen Lehrkrankenhäusern (*teaching hospitals*) und anderen Krankenhäusern reflektieren. Diese Kosten werden mittels statistischer Verfahren geschätzt.²³

Nach Wynn et al.²⁴ sind die indirekten Kosten der fachärztlichen Weiterbildung Kosten, die in unvermeidlicher Weise im Zusammenhang mit der Präsenz von Assistenzärzten anfallen, buchhalterisch aber nicht ausgewiesen werden könnten. Zum Beispiel würden Patienten von mehr Personen als nötig behandelt, oder Berichte müssten zusätzlich kontrolliert und beurteilt werden. Solche Kosten könnten als Opportunitätskosten betrachtet werden, als Differenz der Einkünfte also, die anfallen, wenn die Ressourcen entweder nur für die Krankenversorgung eingesetzt würden oder zusätzlich auch für die ärztliche Weiterbildung. Dabei sei aber nicht nur an die zusätzlichen Aufwendungen zu denken, sondern auch an die – z. T. beträchtlichen – Einsparungen, die sich durch den Einsatz von Assistenzärzten in der Krankenversorgung ergeben.

US\$ 92 000 pro
Assistenzarzt

Nguyen und Sheingold schätzten, dass 2006 pro Assistenzarzt Entschädigungen von ungefähr US\$ 30 000 an die direkten und US\$ 62 000 an die indirekten Weiterbildungskosten bezahlt wurden.²⁵

Die direkte Weiterbildung (*DGME*) wurde von Medicare «von Anfang an» entschädigt.²⁶

Die indirekte Weiterbildung (*IME*) wird seit der Einführung von DRG-basierten Fallpauschalen im Jahr 1983 entschädigt. Über 1 000 Lehrkrankenhäuser (*teaching hospitals*) erhielten 2010 solche Zahlungen. Sie betragen insgesamt US\$ 6.3 Mia.²⁷

Zuschüsse anderer
Institutionen

Nicht nur von Medicare gibt es Zuschüsse für die fachärztliche Weiterbildung. Mit dem Hinweis auf fehlende Übersicht erwähnt MedPAC in einem Bericht von 2009 weitere Quellen.²⁸

²² Vgl. Nguyen/Sheingold [IME + DSH, 2011]: E3; Dobson et al. [Financial Performance of AHCs, 2002]: 113.

²³ Vgl. Nguyen/Sheingold [IME + DSH, 2011]: E3; Dobson et al. [Financial Performance of AHCs, 2002]: 113.

²⁴ Wynn B et al. [Financing med. Education, 2006]: 12 f.

²⁵ Nguyen/Sheingold [IME + DSH, 2011]: E15 Endnote 1.

²⁶ Nguyen/Sheingold [IME + DSH, 2011]: E3.

²⁷ Nguyen/Sheingold [IME + DSH, 2011]: E3.

²⁸ MedPAC [Incentives, 2009]: 15.

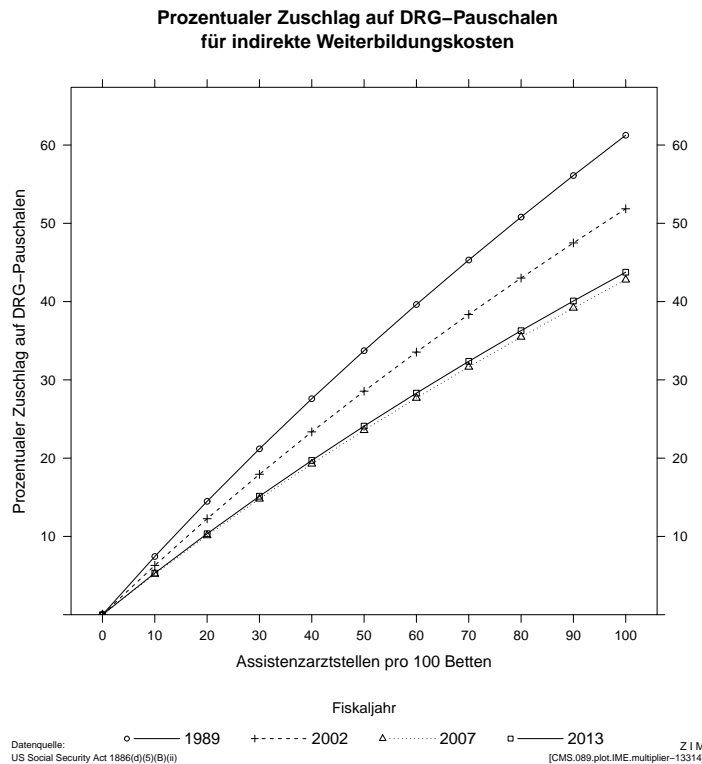
- Staatliche Medicaid-Programme mit einem Betrag von US\$ 3 Mia.²⁹
- Die Krankenhäuser des *Department of Veterans Affairs (VA)*, in denen jährlich mehr als 9 000 Assistenzarztstellen unterstützt und 30 000 Assistenzärzte im Turnus weitergebildet werden.
- Das Verteidigungsministerium unterstützt etwa 3 000 Assistenzärzte.
- Das *Children's Hospital Medical Education Program* gibt US\$ 0.3 Mia. für direkte und indirekte fachärztliche Weiterbildung.
- Forschungsgelder, Gelder von medizinischen Schulen, und weitere.

Die von Medicare entschädigten indirekten Weiterbildungskosten werden über einen prozentualen Zuschlag auf die Fallpauschalen vergütet. Er wird berechnet aufgrund der Lehrintensität (*teaching intensity*),³⁰ gemessen als Verhältnis *r* der Vollzeitstellen für Ärzte in Weiterbildung (*interns and re-*

Vergütungsformel
▶ Tafeln 49 bis 50

²⁹ Dazu gibt es eine Übersicht in: Henderson [DGME+IME-Survey, 2010].

³⁰ Vgl. Koenig et al. [Mission Related Costs, 2003]: 113.



Tafel 49:
USA: Zuschlag auf DRG-Pauschalen für indirekte Weiterbildungskosten in Abhängigkeit der Assistenzarztstellen

sidents)³¹ und der lizenzierten Akutbetten³²:
 $c [(1+r)^{0.405} - 1]$

Der Exponent *0.405* bildet den geschätzten Einfluss der Intensität der Lehrtätigkeiten auf die Fallkosten ab.³³ Die ersten Berechnungen zeigten, dass sich bei einem um 10 % höheren Assistenzarztanteil ein Fallkostenunterschied von +5.79 % ergab.³⁴

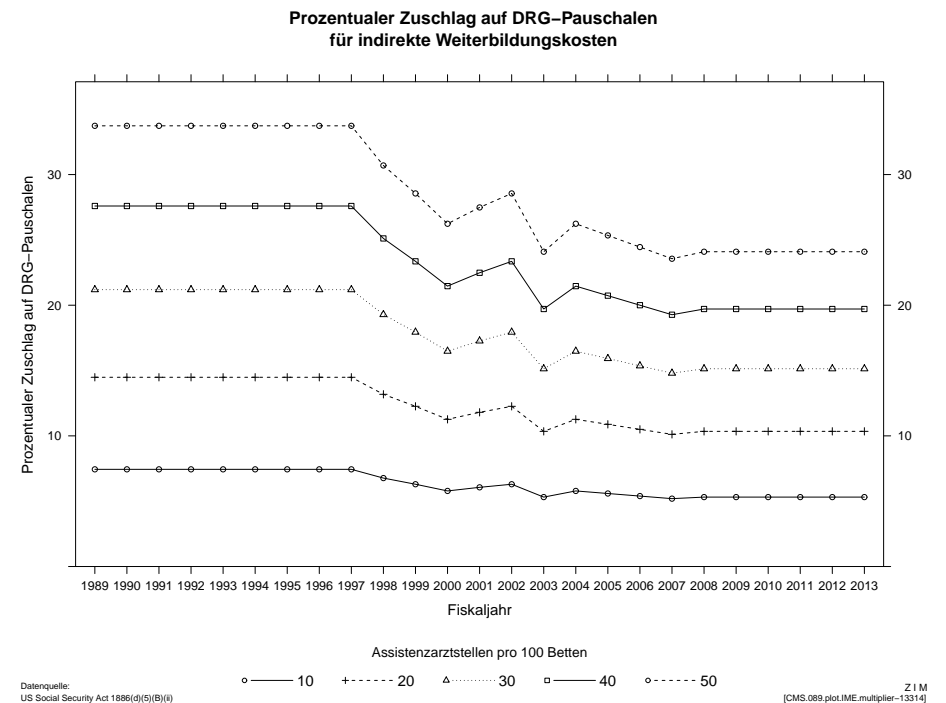
³¹ Social Security Act 1886(d)(5)(B)(ii) [2008-09]: «"r" is the ratio of the hospital's full-time equivalent interns and residents to beds.»

³² MedPAC [Report, 2007]: 89 Endnote 17: «Lizenzierte Akutbetten».

³³ Der Exponent *0.405* wurde 1985 aufgrund von Daten von 1981 berechnet und ist seither nicht mehr verändert worden, obwohl neuere Schätzung vorliegen. – Vgl. Nguyen/Sheingold [IME + DSH, 2011]: E4 + E16 Fussnote 4; Koenig et al. [Mission Related Costs, 2003]: 113.

³⁴ Nguyen/Sheingold [IME + DSH, 2011]: E8 f (Model 1). – Spätere Schätzungen von MedPAC aus den Jahren 2003 und 2007 kamen zu Werten von 2.7 % bzw. 2.2 %. – MedPAC [Report, 2007]: 75. Auch zitiert in: Koenig et al. [Mission Related Costs, 2003]: 113 bzw. Nguyen/Sheingold [IME + DSH, 2011]: E4. – In Nguyen/Sheingold [IME + DSH, 2011]: E11 ff wurden mehrere Modelle berechnet. Der höchste Wert

Tafel 50: USA: Entwicklung des Zuschlages auf DRG-Pauschalen für indirekte Weiterbildungskosten im Zeitverlauf



c ist der vom Kongress festgelegte «IME-Faktor» (*IME multiplier*). Bei der Einführung lag dieser Faktor über 2, denn der Kongress verdoppelte die oben erwähnten 5.79 % auf 11.59 % mit der Begründung, dass sonst über zwei Drittel Lehrkrankenhäuser unterbezahlt worden wären.³⁵ Von 1989 bis 1997 lag der Faktor c bei 1.89, anschliessend sank er in leichten Wellenbewegungen bis auf 1.35 im Jahre 2008. Dieser Wert blieb seither unverändert.

Laut *Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)* entspricht ein Faktor c von 1.35 einem Zuwachs der IME-Zahlung von etwa 5.5 % bei einem Zuwachs von 10 % des Verhältnisses von Assistenten zu Betten.³⁶ Die Senkung des IME-Faktors sei vorgenommen worden, da eine Übervergütung befürchtet wurde. (Konkrete Zahlen oder Referenzen auf Studien dazu werden nicht genannt.) Die 1997 geplante Senkung wurde mit einer Reform von 1999 vorerst noch etwas abgeschwächt. Ab dem Fiskaljahr 2003 sei dann aber an einem Zuwachs von 5.5 % festgehalten worden.³⁷ Effektiv gab es aber schon im darauffolgenden Jahr wieder eine Erhöhung auf 1.47, und 1.35 galt erst ab 2008 wieder.³⁸

Gemäss einem Artikel von Dower aus dem Jahr 2012 gibt es etwa 115 000 Ärzte in Weiterbildung (*residents*). Der Bund zahlt pro Assistenzarzt ca. US\$ 100 000 pro Jahr. Addiert man dazu noch die staatlichen Medicare-Zahlungen und berücksichtigt die durchschnittliche Ausbildungsdauer, ergibt sich eine Summe von ca. US\$ 500 000 oder mehr, welche die öffentliche Hand pro ausgebildeten Arzt aufbringt.³⁹

Seit 1996 ist die Zahl der von Medicare unterstützten Assistenzarzt-

lag bei 1.88 % pro 10 % höheren Assistenzarztanteil.

³⁵ Nguyen/Sheingold [IME + DSH, 2011]: E4 + E16 Fussnote 4. Hier steht, dass der Faktor auf 2 gesetzt worden sei. Wenn man diesen in die Formel einsetzt, werden aber die 11.59 % nicht erreicht.

³⁶ http://cms.hhs.gov/AcuteInpatientPPS/07_ime.asp [2008-09]. – In der untenstehenden Tabelle sieht man diesen Wert nicht. Offenbar handelt es sich um den Wert der anfänglichen Steigung ganz zu Beginn der Kurve. Mit zunehmender Assistenzarztdichte nimmt dieser Wert ab.

³⁷ http://cms.hhs.gov/AcuteInpatientPPS/07_ime.asp [2008-09].

³⁸ Vgl. CMS [Federal Register, 2012]: 53409; MedPAC [Report, 2007]: 89 Endnote 17.

³⁹ Dower [Graduate Medical Education, 2012]: 2.

Jahr	c	r = Assistenzarztstellen pro 100 Betten	Prozentualer Zuschlag
seit 2008	1.35	0	0 %
		10	5.3 %
		20	10.3 %
		30	15.1 %
		40	19.7 %
		50	24.1 %

Tafel 51:
USA: Prozentuale DRG-Zuschläge 2008 für indirekte Weiterbildungskosten

Anzahl unterstützter Assistenzarztstellen

IME bleibt auch im neuen Gesetz

Mittellose Patienten

Seit 1986

Unabhängig von Krankenhausstyp

stellen eingefroren.⁴⁰ Ende 2011 wurde eine Erhöhung der Medicare-finanzierten Assistenzarztstellen um 15 % vorgeschlagen; ein entsprechendes Gesetz wurde jedoch vom Senat verworfen.⁴¹

Im neuen Gesetz zur Gesundheitsreform (*Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)*) wird der IME-Zuschlag nicht verändert.⁴²

Es wird diskutiert, ob die Anzahl der Ärzte nach der Einführung des Krankenkassenobligatoriums (durch *PPACA*) noch ausreicht.⁴³

G.3.3 Zuschlag für die Behandlung mittelloser Patienten

Für die Behandlung mittelloser Patienten gibt es eine Sondervergütung. Sie ist abhängig von einem überdurchschnittlichen Anteil von mittellosen Patienten (*disproportionate share payments*). Laut Dobson et al. war diese Vergütung – um die Jahrtausendwende – relativ gut.⁴⁴

Sowohl öffentliche wie auch private Zahler hätten lange Zeit anerkannt, dass die sowohl soziale wie auch akademische Mission der Versorgung von mittellosen Patienten höhere Behandlungskosten mit sich bringe. Schätzungen für diese aufgabenbedingten Mehrkosten betragen grob 30 % pro Behandlungsfall. Sie seien in den 90er-Jahren durch aggressive Vertragsverhandlungen von Managed-Care-Organisationen und weiteren Zahlern in Frage gestellt worden.⁴⁵

Die *Medicare DSH adjustment provision* wird seit 1986 ausbezahlt.⁴⁶ Ursprünglich war der DSH-Zuschlag nur als provisorische Massnahme für zweieinhalb Jahre geplant. 1990 wurde er aber als fester Bestandteil ins DRG-basierte Vergütungssystem aufgenommen.⁴⁷ Zu Beginn war der Zuschlag als Kompensation für zusätzliche Betriebskosten gedacht, die bei einem höheren Anteil an mittellosen Patienten entstanden. Mit der Zeit verstand man ihn aber als Mittel, um Medicare-versicherten und mittellosen Patienten den Zugang zur Krankenversorgung sicherzustellen.⁴⁸

Den DSH-Zuschlag können alle Krankenhäuser, die mehr als 15 % Patienten mit Sozialhilfe behandeln, geltend machen.⁴⁹

⁴⁰ Gemäss: Balanced Budget Act 1997. Zitiert in: Dower [Graduate Medical Education, 2012]: 2.

⁴¹ Dower [Graduate Medical Education, 2012]: 3.

⁴² Nguyen/Sheingold [IME + DSH, 2011]: E12.

⁴³ Dower [Graduate Medical Education, 2012]: 2.

⁴⁴ Vgl. Dobson et al. [Financial Performance of AHCs, 2002]: xi.

⁴⁵ Vgl. Dobson et al. [Financial Performance of AHCs, 2002]: 1.

⁴⁶ Vgl. zum Folgenden: <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/dsh.html> [2013-03]; Nguyen/Sheingold [IME + DSH, 2011]: E4 ff; CMS [DSH Ruling, 2010].

⁴⁷ Nguyen/Sheingold [IME + DSH, 2011]: E16 Fussnote 5.

⁴⁸ MedPAC [Report, 2007]: 68+71, zitiert in: Nguyen/Sheingold [IME + DSH, 2011]: E5.

⁴⁹ Der «DSH-Patientenanteil» (*DSH Patient Percent*) wird berechnet als Anteil der Be-

Die Einführung erfolgte budgetneutral: Der für alle Krankenhäuser gültige Basispreis wurde herabgesetzt, und der IME-Faktor wurde so gesenkt, dass der Zuschlag nicht mehr 8.7 %, sondern nur noch 8.1 % pro 10 % Assistenzarztstellen betrug.⁵⁰

Der Anteil der DSH-Zahlungen an den DRG-basierten Vergütungen stieg von 1.9 % im Jahr 1987 auf 9.9 % im Jahr 2004 (US\$ 7.7 Mia.) und auf 10.5 % im Jahr 2006.⁵¹

Im Fiskaljahr 2010 erhielten über 2 500 Krankenhäuser DSH-Zahlungen. Deren Gesamtbetrag wurde auf US\$ 10.5 Mia. geschätzt.⁵²

Im Jahr 2011 lagen die DSH-Zahlungen bei 7 % aller Medicare-

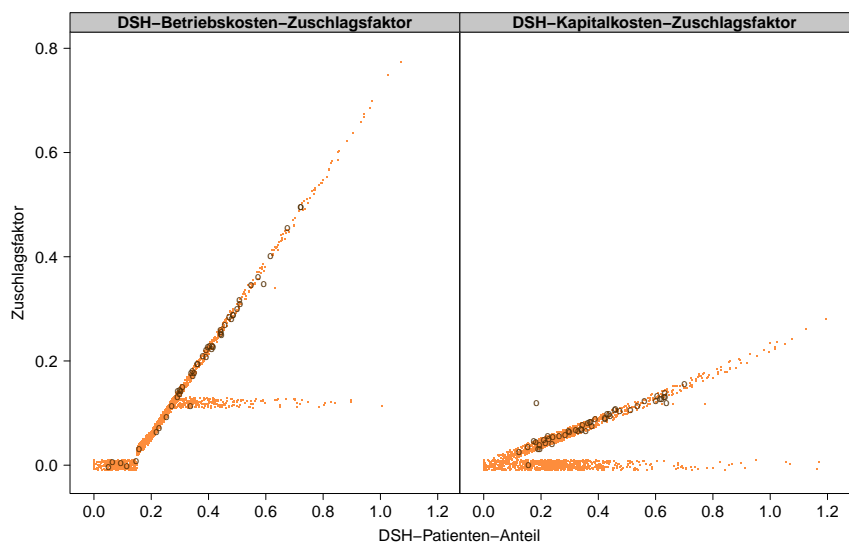
handlungstage von Sozialhilfe empfangenden Medicare-A-Versicherten an den Behandlungstagen aller Medicare-Versicherten (*Supplemental Security Income (SSI) fraction*) zuzüglich dem Anteil der Behandlungstage von Medicaid-, aber nicht Medicare-A-Versicherten an den Behandlungstagen aller Akutpatienten (*Medicaid fraction*). Für grosse Krankenhäuser gilt die Formel in modifizierter Form. – [Es ist mir unklar, weshalb zwei unterschiedliche Divisoren verwendet wurden. – Vgl. dazu auch: MedPAC [Report, 2007]: 88, worin erwähnt wird, dass auf diese Weise der DSH-Patienten-Anteil auf über 100 % steigen kann.] – <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/dsh.html> [2013-03].

⁵⁰ Nguyen/Sheingold [IME + DSH, 2011]: E5.

⁵¹ MedPAC [Report, 2007]: 70 f; Nguyen/Sheingold [IME + DSH, 2011]: E5.

⁵² Nguyen/Sheingold [IME + DSH, 2011]: E4.

Tafel 52: USA 2012: Zuschlagsfaktoren für Behandlungen mittelloser Patienten



Datenquelle: www.cms.gov: FY 13 FR Impact File – updated March 2013

○ Universitätskrankenhäuser ■ Übrige Krankenhäuser

Z1M [CMS.133.xyskot.DSH-13419]

Zahlungen an Akutkrankenhäuser (d. h. bei US\$ 11 Mia.).⁵³

Der DSH-Betriebskosten-Zuschlag wird wie folgt berechnet:⁵⁴

- Falls der DSH-Patienten-Anteil zwischen 15 % und 20.2 % liegt:
 $DSH-Zuschlag = 0.025 + 0.65 \times (DSH-Patienten-Anteil - 0.15)$
- Falls der DSH-Patienten-Anteil bei oder über 20.2 % liegt:
 $DSH-Zuschlag = 0.0588 + 0.825 \times (DSH-Patienten-Anteil - 0.202)$
- Der DSH-Zuschlag beträgt maximal 12 %. Diese Einschränkung gilt nicht für urbane Krankenhäuser mit mehr als 100 Akutbetten, Landkrankenhäuser mit mehr als 500 Akutbetten, *Rural Referral Centers* und – seit Fiskaljahr 2007 – für Medicare-abhängige Krankenhäuser⁵⁵.
- Für (eine Handvoll) Krankenhäuser, welche mindestens 30 % des Nettoeinkommens aus der Krankenversorgung in Form von Zuschüssen vom Staat und der lokalen Regierung erhalten (*Pickle hospitals*), gilt ein DSH-Betriebskostenzuschlag von 35 %.

Die DSH-Zuschläge sind vier- bis fünfmal höher als die Werte, die aufgrund der Daten berechnet wurden. MedPAC berechnete 2007, dass sich der Zuschlag um 0.4 % erhöhen müsste, wenn der DSH-Patienten-Anteil um 10 % steigt. Der effektive DSH-Betriebskosten-Zuschlag erhöht sich aber um 1.8 % pro 10 % DSH-Patienten-Anteil.⁵⁶

Aufgrund der langjährigen Kritik an den DSH-Zuschlägen wird es ab dem Fiskaljahr 2014 im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform folgende Änderungen geben:⁵⁷

- Die DSH-Zuschläge werden noch 25 % der bisherigen Zuschläge betragen. (Dies entspricht mehreren statistischen Befunden.)
- Aus einem definierten Teil⁵⁸ der restlichen 75 % wird man unvergütete Behandlungen (*bad debts* und *charity care*), die über die Medicare-Kostenerhebung gemeldet werden, anteilmässig decken.
- Der Rest soll nicht ausgegeben werden, sondern als Einsparung zur Senkung der Medicare-Kosten beitragen.

⁵³ MedPAC [Report, 2013]: 62.

⁵⁴ Nguyen/Sheingold [IME + DSH, 2011]: E5; MedPAC [Report, 2007]: 72.

⁵⁵ *Medicare dependent hospitals (MDH)* sind kleine Landkrankenhäuser, welche mindestens 60 % der Fälle oder Patiententage über Medicare vergütet erhalten. – MedPAC [IPPS Basics, 2012]: 4.

⁵⁶ Nguyen/Sheingold [IME + DSH, 2011]: E6; MedPAC [Report, 2007]: 87 f. Dieser Sachverhalt wird erneut in MedPAC [Report, 2013]: 62 erwähnt.

⁵⁷ Änderungen aufgrund von *Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)*. – MedPAC [Report, 2013]: 62 f.

⁵⁸ 100 % abzüglich ‚prozentualer Rückgang der Anzahl Nicht-Versicherter‘ (im demonstrierten Beispiel auf [ebenfalls] 25 % gesetzt).

Formeln

► Tafel 52

PPACA-Korrekturen ab 2014

Es wird erwartet, dass der Anteil der unvergüteten Behandlungen infolge der Gesundheitsreform ab 2014 abnehmen wird: Es wird subventionierte Versicherungsbörsen (*subsidized insurance exchanges*⁵⁹) geben. Es wurde ein Szenario berechnet, in dem man annahm, dass die Zahl der Medicaid-Versicherten um ca. 20 % zunehmen und die Zahl der Nicht-Versicherten um ca. 25 % abnehmen wird.⁶⁰

G.3.4 Anmerkungen zur Schätzung der IME- und DSH-Zuschläge

Die indirekten Kosten der fachärztlichen Weiterbildung wurden zusammen mit den Zusatzkosten bei Behandlungen mittelloser Patienten in ökonomischen Modellen geschätzt. Angewendet wurden multivariate log-lineare Regressionsrechnungen.⁶¹

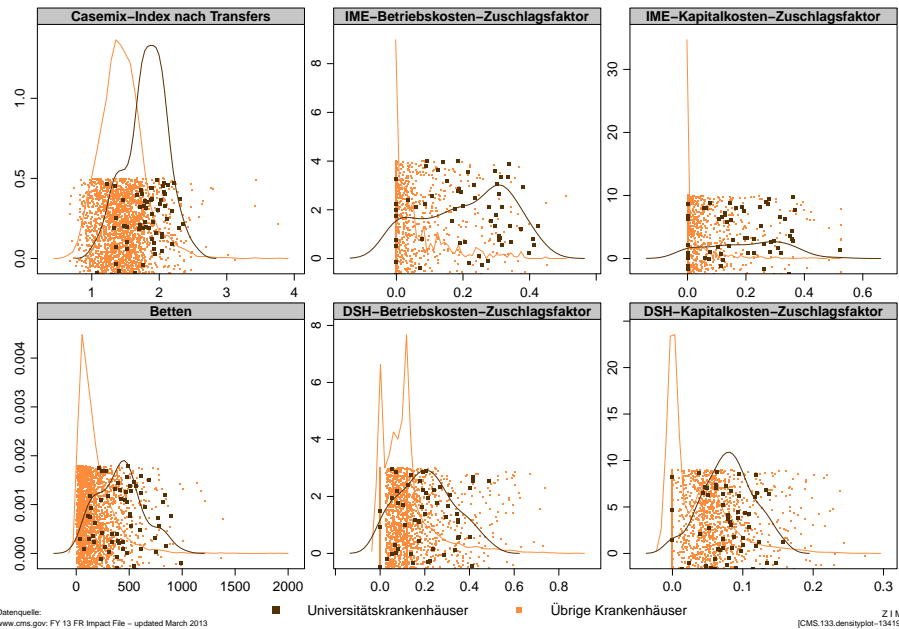
Ökonometrische Modelle

⁵⁹ Vgl. http://en.wikipedia.org/wiki/Health_insurance_exchange [2013-04].

⁶⁰ Die daraus resultierenden zahlenmäßigen Veränderungen der DSH-Vergütungen sind in Form eines Szenarios grafisch dargestellt in: MedPAC [Report, 2013]: 63.

⁶¹ Vgl. Nguyen/Sheingold [IME + DSH, 2011]: E6 ff; Koenig et al. [Mission Related Costs, 2003]: 114 ff.

Tafel 53: USA 2012: IME- und DSH-Zuschlagsfaktoren



Datenquelle: www.cms.gov: FY 13 FR Impact File – updated March 2013

Z | M [CMS.133.densityplot-13419]

In solchen Modellen wird versucht, die Anteile verschiedener erklärender Variablen an den Gesamtkosten zu ermitteln. Dabei ist natürlich entscheidend, welche Variablen als erklärende Variablen überhaupt verwendet werden. Denn bei jeder Berechnung werden alle Kosten auf alle vorhandenen Variablen aufgeteilt. Wenn eine kostenrelevante Variable ausser Acht gelassen wird, wird deren Kostenanteil auf alle anderen Variablen verteilt. Jenen Variablen, die mit der weggelassenen Variablen am meisten korrelieren, werden dabei im reduzierten Modell die meisten Kosten übergeben.

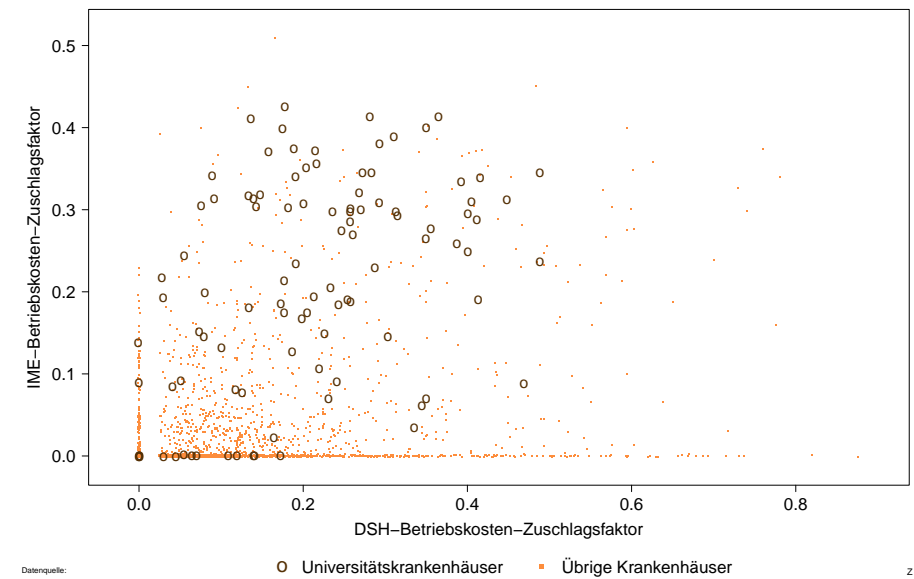
Erklärende Variablen

In den amerikanischen Modellen nahm man nun an, dass die Mehrkosten hauptsächlich mit der fachärztlichen Weiterbildung und mit überdurchschnittlich vielen mittellosen (und damit aufwändigeren) Patienten zu tun haben. Diese Hypothesen wurden als Modellparameter gesetzt. In den Modellrechnungen wurden dann diesen gegebenen Erklärungsvariablen Kostenanteile zugewiesen.

HCFA-Modell von 1982

Im ersten Modell von 1982 wurde zu einer Erhöhung der Assistenzarzt-dichte von 10 % eine Kostenerhöhung von 5.79 % geschätzt. In diesem Modell waren nach Nguyen/Sheingold als weitere Variablen die logarithmisierten Werte des Casemixes, des Lohnindex und der Anzahl Betten

Tafel 54: USA 2012: Zuschlagsfaktoren für Behandlungen mittelloser Patienten und für indirekte fachärztliche Weiterbildung



Datenquelle: www.cms.gov: FY 13 FR Impact File – updated March 2013

Z | M [CMS.134.xyplot.DSH.IME-13419]

verwendet worden. Insgesamt habe man damit die Streuung der Fallkosten zu 67 % erklären können.⁶² Dabei muss beachtet werden, dass der Case-mix wohl weitaus die grösste Erklärungskraft hat. Diese Vermutung wird in den nachfolgend beschriebenen Modellen bestätigt.

Nguyen und Sheingold publizierten 2011 mehrere Modelle auf der Basis der Kosten von 2006. Wenn die Kosten standardisiert, d. h. Casemix- und Lohnkostenindex-bereinigt wurden, betrug der Erklärungsgrad im einfachsten Modell mit den beiden Variablen «logarithmisierte Assistenzarztdichte» und «DSH-Patienten-Anteil» bezüglich der Streuung der Fallkosten nur 3.8 %. In diesem Modell wird bei einer Erhöhung der Assistenzarztdichte von 10 % eine Kostenerhöhung von 1.88 % geschätzt. Der Einfluss des DSH-Patienten-Anteils ist vernachlässigbar klein und nicht signifikant.

Der Erklärungsgrad konnte bis auf 90 % angehoben werden, indem Casemix, Lohnkostenindex und viele weitere Variablen miteinbezogen wurden. Die beiden oben genannten Variablen, für die das Modell eigentlich aufgesetzt wurde, wurden aber immer bedeutungsloser.

Auf die Frage, warum die Mehrkosten entstanden sind, wurde in keinem der Modelle näher eingegangen.

MedPAC erwähnt 2007 «einige Politiker», die bemerkten, dass höhere Kosten nicht nur durch höhere Assistenzarztdichten verursacht sein könnten, sondern auch durch höhere Betriebskosten in Spezialzentren wie z. B. Transplantationszentren, Verbrennungs- und Traumazentren. Wenn diese Information bei der Regressionsrechnung mitverwendet werde, falle der in der MedPAC-Analyse gefundene IME-Prozentsatz, der bereits deutlich unter dem angewendeten Prozentsatz lag, von 2.2 % auf 1.4 %. Da in den oben genannten Spezialzentren die Assistenzarztdichte ebenfalls überdurchschnittlich hoch sei, verwundere es nicht, dass die Zusatzkosten im statistischen Modell ebensogut mit der Assistenzarztdichte erklärt werden können wie mit der speziellen Mission.⁶³

G.3.5 Investitionskosten

Für die Kapitalkosten gilt ein eigener Basispreis, und es wird eine separate Vergütung ausbezahlt.

Für das Fiskaljahr 2013 betrug der Kapitalkosten-Basispreis US\$ 425. Der Betriebskosten-Basispreises war auf US\$ 5 349 gesetzt.⁶⁴ Der über den Basispreis vergütete Kapitalkostenanteil betrug somit 7.4 %.⁶⁵

Modelle von
Nguyen und
Sheingold 2011

Warum
Mehrkosten?

Separater
Basispreis mit
Kapitalkostenanteil
von 7.4 %.

⁶² Nguyen/Sheingold [IME + DSH, 2011]: E9. – Ob damals bereits mit den Fallkosten gerechnet wurde, muss allerdings bezweifelt werden.

⁶³ MedPAC [Report, 2007]: 76 f.

⁶⁴ MedPAC [IPPS Basics, 2012]: 3. – Für das Fiskaljahr 2012 betrug der Basispreis US\$ 5 210 und US\$ 421. CMS [IPPS Factsheet, 2012]: 3+5.

⁶⁵ $425 / (5349 + 425) = 7.36\%$. – Für 2012: $421 / (5210 + 421) = 7.48\%$.

IME-
Kapitalkosten-
Zuschlag

Zusätzlich gibt es einen Kapitalkosten-Zuschlag für die indirekten fachärztlichen Weiterbildungskosten. Er wird berechnet als:⁶⁶

$$e^{0.2822} \times \text{Assistenzarztstellen pro Patient}$$

Im Unterschied zum IME-Betriebskosten-Zuschlag, wo mit Assistenzarztstellen pro Bett kalkuliert wird, werden hier Assistenzarztstellen pro durchschnittlich anwesenden Patient (*residents / average daily census*) verwendet.

DSH-
Kapitalkosten-
Zuschlag

Für Krankenhäuser, die überdurchschnittlich viele mittellose Patienten behandeln, gibt es auch noch einen DSH-Kapitalkosten-Zuschlag.⁶⁷

↑ Tafel 52 (S. 152)

G.4 Einzelfallbezogene Vergütungen

G.4.1 Medicare Severity-Diagnosis Related Groups (MSDRG)

Erstes Fallpauschalensystem 1983

Die amerikanische staatliche Seniorenversicherung *Medicare* führte 1983 ein Fallpauschalensystem zur Vergütung von Behandlungen in Belegarztkrankenhäusern ein: das HCFA-DRG-System (später: CMS-DRG-System). Damit wurde die bisherige Vergütung von Einzelleistungen der Krankenhäuser abgelöst. (Weiterhin separat vergütet wurden Arzthonorare.)⁶⁸

(exkl.
Arzthonorare)

Dieser Schritt war der Auslöser für die insbesondere ab den 90er-Jahren aufkommenden DRG-basierten Vergütungen in Europa und einigen anderen Ländern der Welt.⁶⁹

Verfeinerung

Bereits im Jahre 1994 wurde mit dem SRDRG-System vorgeschlagen, das HCFA-DRG-System zu verfeinern. Aber es dauerte noch 13 Jahre, bis das MSDRG-System im Fiskaljahr 2008 (beginnend am 1.10.2007) eingeführt wurde.

Drei
Schweregradstufen

Es handelte sich dabei um ein aktualisiertes SRDRG-System (*Severity-Refined Diagnosis Related Groups*): Nun gab es drei anstelle von bisher zwei Schweregradstufen, aber nach wie vor nur je eine, generelle CC- und MCC-Liste. Weiterhin bestimmte nur eine, nämlich die schwerwiegendste Nebendiagnose den Schweregrad; die übrigen Nebendiagnosen hatten keinen Einfluss auf die MSDRG-Zuordnung.

751 MSDRGs

Im System von 2013 gibt es 335 Basis-MSDRGs. Insgesamt sind 751

⁶⁶ $e^{0.2822} \times \text{residents / average daily census}$. Vgl. Nguyen/Sheingold [IME + DSH, 2011]; Phillips [Teaching Intensity, 1992].

⁶⁷ CMS [IPPS Factsheet, 2012]: 4.

⁶⁸ The «Acute Inpatient PPS» (Prospective Payment System) is «a system of payment for the operating costs of acute care hospital inpatient stays under Medicare Part A (Hospital Insurance) based on prospectively set rates.» – <http://cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/> [2013-04].

⁶⁹ Vgl. Fetter et al. [DRGs, 1991]; Fischer [PCS, 1997]; Fischer [DRG-Systeme, 2000].

MSDRGs definiert.

Entsprechend dem Versichertenkreis der Medicare-Versicherung ist das MSDRG-System ein DRG-System zur Abbildung von Behandlungen von über 65-jährigen Patienten.

Für Patienten
über 65 Jahre

G.4.2 Komponenten der DRG-Pauschalen

In den USA gibt es zwei Basispreise: einen zur Vergütung der Betriebskosten und einen zur Kompensation der Kapitalkosten.

Zwei Basispreise

Diese Basispreise werden mit mehreren Faktoren multipliziert:⁷⁰

Anpassungen:

- *Lohnindex.*

– *wage index*

Der Lohnindex ist abhängig vom Krankenhausstandort. (Dieser Index wird nur auf den personalkostenabhängigen Anteil des Basispreises aufgerechnet.⁷¹)

- *Lebenskostenindex (nur in Alaska und Hawaii).*

– *COLA*

Dieser Index wird auf den sachkostenabhängigen Anteil des Basispreises aufgerechnet.

- *DSH-Index (Disproportionate Share Hospital).*

– *DSH*

Der DSH-Index schafft einen Ausgleich für Krankenhäuser mit einem hohen Anteil an mittellosen Patienten (*low-income patients*).

↑ S. 151

- *IME-Index (Indirect Medical Education).*

– *IME*

Über den IME-Index sollen die (indirekten) zusätzlichen Kosten in Lehrkrankenhäusern entschädigt werden, die im Zusammenhang mit der Weiterbildung zum Facharzt anfallen, buchhalterisch aber nicht erfasst werden können: Technologisch fortgeschrittenere Behandlungen, medizinisch komplexere Patienten, überdurchschnittliche Anzahl von Untersuchungen, Personal zur Unterstützung von Assistenzärzten.⁷² Sie werden separat als Betriebskosten- und als Kapitalkostenentschädigung berechnet und vergütet.

↑ S. 147

- *Hochkostenfälle.*

– *High-cost outlier*

Weist ein Behandlungsfall deutlich höhere (geschätzte) Fallkosten aus, als gemäss DRG erwartet worden sind, werden 80 % der Kosten oberhalb des Kostengrenzwertes vergütet.

↑ S. 159

⁷⁰ <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/> [2013-01]. – Eine besonders vollständige grafische Übersicht über die Vergütung sowohl der Betriebs- wie auch der Kapitalkosten bietet CMS [IPPS Factsheet, 2012]: 4.

⁷¹ Der Personalkostenanteil wurde vom Congress auf 68.8 % für Krankenhäuser mit einem Lohnindex über 1.0 und auf 62.0 % für Krankenhäuser mit einem Lohnindex ≤ 1.0 festgelegt. – MedPAC [IPPS Basics, 2012]: 3.

⁷² Die direkten Kosten, d. h. insbesondere die Gehälter der Assistenzärzte und der Weiterbildungler, werden direkt aufgrund der nachgewiesenen Aufwendung unter dem Titel *DGME payment* vergütet. (DGME = *Direct Graduate Medical Education*.)

- Es gibt noch weitere Korrekturen nach Krankenhaustyp: für *Rural Referral Centers (RRC)*, für *Sole Community Hospitals (SCH)* und – bis Ende 2013⁷³ – für *Medicare Dependent Hospitals (MDH)*.⁷⁴

- *Wiederaufnahme-Korrekturfaktor.*

Seit der Gesundheitsreform (*PPACA*) gibt es einen Wiederaufnahme-Korrekturfaktor, welcher die Vergütung bei überrissen hohen Wiederaufnahmeraten korrigiert.⁷⁵

– *Readmission Adjustment Factor*

↑ Tafel 48 (S. 145)

Kleine Landkrankenhäuser (mit höchstens 25 Betten) werden von Medicare nicht über DRG-Pauschalen, sondern nach ihren Kosten vergütet: Die Vergütung beträgt <Kosten + 1 %>.⁷⁶

G.4.3 Vergütung der Intensivmedizin

Einzelne DRGs
für Tracheostomien
und bei
mechanischer
Beatmung > 96h

Im MSDRG-System für das Fiskaljahr 2013 gibt es unter der Hauptkategorie *Pre MDC* eine DRG für Tracheostomien und eine DRG bei mechanischer Beatmung von mehr als 96 Stunden.

Darüberhinaus gibt es ausserhalb der *Pre MDCs* noch eine Sepsis-DRG und zwei Verbrennungs-DRGs, bei welchen eine mechanische Beatmung von mehr als 96 Stunden Gruppierungskriterium ist.⁷⁷

G.4.4 Teure Implantate und Medikamente

Teil der
DRG-Pauschalen

Teure Implantate und Medikamente sind Teil der DRG-Pauschalen. Unter Umständen können sie Hochkostenfälle auslösen. (Vgl. unten.)

G.4.5 Vergütung von Hochkostenfällen

Bei Behandlungsfällen mit aussergewöhnlich hohen Kosten wird ein Teil davon vergütet.

Die Kosten werden aufgrund der Fakturabeträge (*charges*) und den beiden krankenhausspezifischen Kosten-Ertrags-Raten (*cost-to-charge ratio*)⁷⁸ geschätzt: Die eine dieser Raten bezieht sich auf die Betriebskosten, die andere auf die Kapitalkosten.

⁷³ MedPAC [Report, 2013]: 65.

⁷⁴ Vgl. Nguyen/Sheingold [IME + DSH, 2011]: E3.

⁷⁵ http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/Downloads/FY_13_FR_Impact_File.zip [2013-03]

⁷⁶ Vgl. MedPAC [IPPS Basics, 2012]: 4. Weitere Details in: MedPAC [CAH Basics, 2012].

⁷⁷ MSDRGs 870, 927, 933.

⁷⁸ Durch die jährliche Anpassung der Kosten-Ertrags-Raten sollen kostenneutrale Vergütungen erreicht werden. Vgl. dazu die kurze Beschreibung in: PwC [PbR Evaluation Appendices, 2012]: 13 f. Dort wird zitiert: Dalton [Cost-to-Charge Ratios, 2007]. Vgl. zu diesem Thema auch: Dalton [Refining CCRs, 2008].

Vergütet werden zusätzlich zur DRG-Pauschale 80 % (*marginal cost factor*) der Differenz zwischen den geschätzten Fallkosten (inkl. Kapitalkosten) und einem DRG-unabhängigen Kostengrenzwert (*fixed-loss cost threshold*, auch: *fixed-loss outlier threshold*), der mit dem Lohnkostenindex korrigiert wird. Bei Hochkostenfällen mit Verbrennungs-DRGs wird ein marginaler Kostenfaktor von 90 % angewandt.⁷⁹

Finanziert werden diese zusätzlichen Vergütungen durch eine Kostenausscheidung von 5.1 % des Betriebskosten-Basispreises und 4.9 % des Kapitalkosten-Basispreises. Aufgrund der daraus entstehenden Summen wird der Kostengrenzwert jährlich neu festgelegt.⁸⁰ Für das Fiskaljahr 2005 betrug er US\$ 25 800; für 2013 liegt er bei US\$ 21 821.⁸¹

G.4.6 Neue Leistungen und neue Technologien

Für gewisse neue und kostensteigernde Behandlungsmethoden werden Zusatzvergütungen bezahlt.⁸²

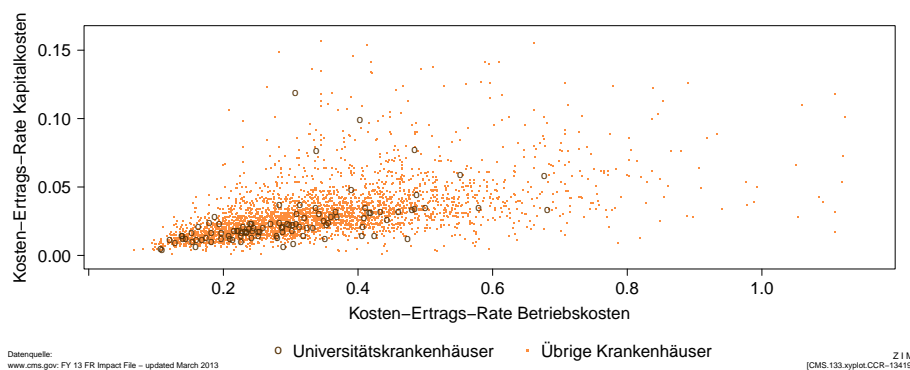
⁷⁹ <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/outlier.html> [2013-03]. Unter den «Downloads» ist hier auch eine beispielhafte Berechnung mit Daten zum Fiskaljahr 2007 zu finden: http://www.cms.gov/AcuteInpatientPPS/Downloads/outlier_example_fy07.zip – Vgl. auch: CMS [Federal Register, 2012]: 53691 ff.

⁸⁰ Vgl. MedPAC [IPPS Basics, 2012]: 5.

⁸¹ CMS [Federal Register, 2012]: 53696.

⁸² MedPAC [IPPS Basics, 2012]: 3. Vgl. auch: <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/newtech.html> [2013-01]

Tafel 55: USA 2012: Krankenhauspezifische Kosten-Ertrags-Raten (CCR)



Keine Recherchen

G.5 Defizitdeckung

(Zu diesem Thema wurden keine Recherchen unternommen.)

Nichtbezahlte und nach den Regeln der Kunst angemahnte Patientenselbstbehalte werden von Medicare nachträglich zu 65 % vergütet.⁸³

G.6 Diskurs

G.6.1 Begründungen

Begründungen für höhere IME-Zahlungen

- MedPAC⁸⁴ schlug 2003 vor, dass anstelle der geschätzten 5.5 % Kostenerhöhung pro 10 % mehr Assistenzarztstellen pro Bett nur mit einer Erhöhung von 2.7 % gerechnet werden sollte. Der Vorschlag wurde abgelehnt, u. a. auch, weil man befürchtete, die Lehrkrankenhäuser könnten mit geringeren Zuzahlungen ihre Aufgaben nicht mehr erfüllen.⁸⁵

Begründungen für niedrigere IME-Zahlungen

- MedPAC vermutete 2007, die Weiterbildungskosten pro Fall könnten gefallen sein, weil der Kostenanstieg in Lehrkrankenhäusern geringer gewesen sei als in anderen Akutkrankenhäusern und weil mehr Assistenzarztstellen pro Bett nicht notwendigerweise mit höheren Behandlungskosten verbunden seien.⁸⁶

G.6.2 Revisionsvorschläge

Vorschläge zu den DRG-bezogenen Vergütungen:

- Der Lohnindex soll überarbeitet werden.⁸⁷
- Längerfristig sollen episodenzugehörige, «gebündelte Vergütungen» (*Bundled Payments for Care Improvement (BPCI)*) an die Stelle von Fallpauschalen treten.⁸⁸
- Die ungedeckten Kosten aus der Behandlung mittelloser Patienten sollten in der Medicare-Kostenerhebung (*Medicare cost report*) ausgewiesen werden. Dann könnte die ökonomische Schätzung des

⁸³ MedPAC [IPPS Basics, 2012]: 3.

⁸⁴ MedPAC = *Medicare Payment Advisory Commission*: <http://www.medpac.gov/>.

⁸⁵ Koenig et al. [Mission Related Costs, 2003]: 113.

⁸⁶ MedPAC [Report, 2007]: 75.

⁸⁷ <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/Wage-Index-Reform.html> [2013-03].

⁸⁸ <http://innovation.cms.gov/initiatives/bundled-payments/> [2013-04].

DSH-Zuschläge abgelöst werden durch eine datenbasierte Kalkulation.⁸⁹

- Im Rahmen der aktuellen Gesundheitsreform wird der *DSH*-Zuschlag den ökonomischen Befunden angepasst und auf 25 % des bisherigen Betrages gekürzt. ↑ S. 153

Reformvorschläge zur Vergütung der fachärztlichen Weiterbildung:

- 2010 schlug die «nationale Kommission für fiskalische Verantwortung und Reform»⁹⁰ vor, die direkten Zahlungen für fachärztliche Weiterbildung (*direct GME payments*) auf 120 % des nationalen Durchschnittsgehalts von Assistenzärzten zu begrenzen.⁹¹
- Der weitaus grösste Teil der staatlichen Ausbildungsfinanzierung kommt der Weiterbildung von Fachärzten zugute. Es gibt Vorstösse, auch die Ausbildung von Pflegefachkräften in der primären Versorgung (*nurse practitioners, physician assistants = primary care providers*) zu unterstützen.⁹²
- Die aktuelle Weiterbildungsfinanzierung ist auf urbane Zentren fokussiert. Damit wird einer Unterversorgung der ländlichen Gebiete mit Fachärzten Vorschub geleistet, denn die meisten Fachärzte würden sich dort niederlassen, wo sie ihre Weiterbildung absolviert hatten. Deshalb werden auch Assistenzarztstellen in Landspitälern diskutiert, die telemedizinisch mit Zentrumskrankenhäusern verbunden sind.⁹³
- MedPAC schlug 2010 vor, die indirekten Weiterbildungszahlungen an Leistungsnachweise zu binden.⁹⁴

⁸⁹ MedPAC [Report, 2007]: 50.

⁹⁰ *National Commission on Fiscal Responsibility and Reform (the Simpson-Bowles Commission)*.

⁹¹ Dower [Graduate Medical Education, 2012]: 2.

⁹² Dower [Graduate Medical Education, 2012]: 3.

⁹³ Dower [Graduate Medical Education, 2012]: 3 f.

⁹⁴ Dower [Graduate Medical Education, 2012]: 4. Vgl. dazu auch: MedPAC [Aligning Incentives, 2010]: 119 ff.

G.7 Zusammenfassung ausgewählter Regelungen

Ausgangssituation

100 Universitätskrankenhäuser

In den USA gibt es unter den ca. 3500 Akutkrankenhäusern, die einen Teil ihrer Leistungen bei den staatlichen Versicherungen *Medicare* und *Medicaid* nach DRGs abrechnen, 100 Universitätskrankenhäuser (*University Hospitals, University Medical Centers* oder auch *Academic Health Centers* genannt).

Kostendifferenzen nachgewiesen

Eine Studie von Dobson et al. aus dem Jahre 2002 zeigt deutliche Differenzen zwischen den Casemix-bereinigten Kosten von Universitätskrankenhäusern, Lehrkrankenhäusern sowie urbanen Grosskrankenhäusern, welche keine fachärztliche Weiterbildung anboten.⁹⁵

► Tafel 56
↑ Details: S. 143 ff

DRG-Vergütungen von *Medicare* und *Medicaid*
↑ S. 139

Die nun folgenden Angaben beziehen sich auf die Vergütungen durch *Medicare* und *Medicaid*. Diese Vergütungen basieren auf dem MS-DRG-System.⁹⁶ Im Jahr 2000 betrug der Anteil dieser Vergütungen an den Kosten der Universitätskrankenhäuser (den akademischen Lehrkrankenhäusern) etwa 47%.⁹⁷

Vergütungen universitärer Aufgaben

Forschung

Zur Frage der Finanzierung der universitären medizinischen Forschung in den USA wurden keine Recherchen unternommen.

Lehre
Fachärztliche Weiterbildung
↑ S. 147

Medizinstudenten werden von *Medicare* nicht unterstützt.

Für die fachärztliche Weiterbildung gibt es Zuschläge auf die Basispreise: als Kompensation für die indirekten Weiterbildungskosten. Diese sind weiter unten beschrieben. Zusätzlich gibt es folgende Zuschüsse:

Direct Graduate Medical Education (DGME)
↑ S. 147

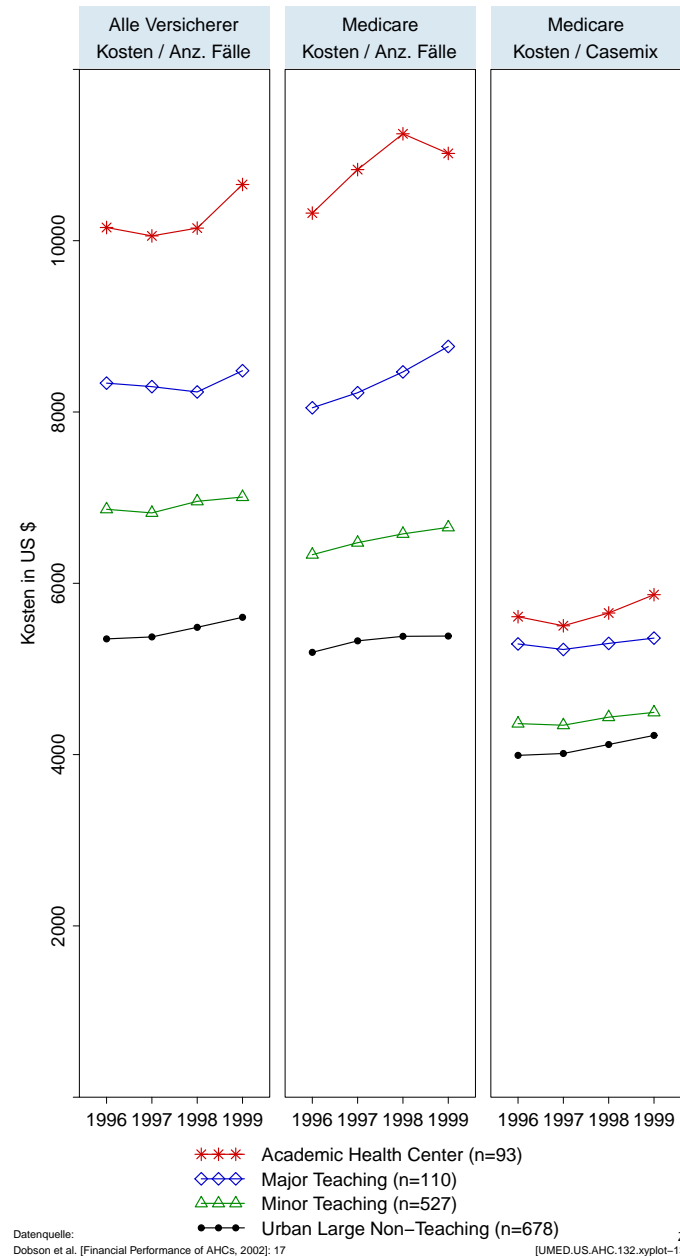
- Die direkten Kosten, d. h. insbesondere die Gehälter der Assistenzärzte und der Weiterbildungner werden direkt aufgrund der nachgewiesenen Aufwendungen unter dem Titel *DGME payment* vergütet. – Eine Schätzung von 2006 kommt auf Auszahlungen von US\$ 30 000 pro Assistenzarzt und Jahr.⁹⁸ Die Anzahl der von *Medicare* unterstützten Assistenzarztstellen ist allerdings seit 1996 eingefroren.

⁹⁵ Dobson et al. [Financial Performance of AHCs, 2002]: 17.

⁹⁶ Dieses System ist eine Weiterentwicklung des 1983 erstmals eingesetzten HCFA-DRG-System, dem Prototyp vieler inzwischen eingesetzter DRG-Systeme. – Vgl. <http://www.cms.gov/AcuteInpatientPPS/>; <http://www.fischer-zim.ch/text-pessa/t-ga-H7-System-MS-0003.htm>; Fetter et al. [DRGs, 1991]; Fischer [PCS, 1997]: 179 ff.

⁹⁷ Dobson et al. [Financial Performance of AHCs, 2002]: 14.

⁹⁸ Nguyen/Sheingold [IME + DSH, 2011]: E15 Endnote 1.



Vergütung der Krankenversorgung

Es gibt es zwei Basispreise: einen zur Vergütung der Betriebskosten und einen zur Kompensation der Kapitalkosten.

Über prozentuale Zuschläge zu den Basispreisen werden vergütet:⁹⁹

- Die höheren Kosten, die aufgrund eines überdurchschnittlichen Anteils an mittellosen Patienten anfallen. Diese «DSH-Zuschläge»¹⁰⁰ kommen insbesondere den Universitätskrankenhäusern zugute, da sie zur Behandlung mittelloser Patienten verpflichtet sind.¹⁰¹

Die Zuschläge werden anhand von ökonometrischen Modellen geschätzt. Für die Universitätskrankenhäuser liegt das erste Quartil der

⁹⁹ <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/> [2013-01].

¹⁰⁰ DSH = Disproportionate Share Hospital.

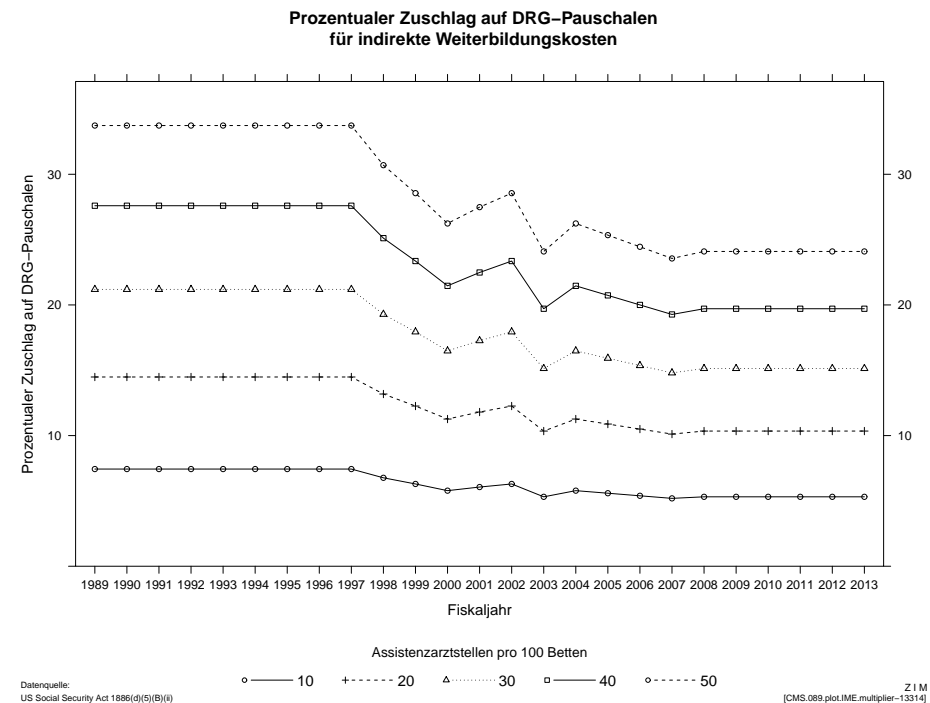
¹⁰¹ Vgl. Dobson et al. [Financial Performance of AHCs, 2002]: xi+19.

↑ S. 156

Disproportionate Share Payments (DSH Payments)

↑ S. 151

Tafel 57: USA: Entwicklung des Zuschlages auf DRG-Pauschalen für indirekte Weiterbildungskosten im Zeitverlauf



DSH-Betriebskosten-Zuschläge bei 11 %, das dritte bei 29 %.

- Im Zusammenhang mit der fachärztlichen Weiterbildung anfallende indirekte Kosten, die buchhalterisch nicht erfasst werden können: Technologisch fortgeschrittenere Behandlungen, medizinisch komplexere Patienten, überdurchschnittliche Anzahl von Untersuchungen, Personal zur Unterstützung von Assistenzärzten. Sie werden innerhalb der gleichen ökonomischen Modelle geschätzt wie die Zusatzkosten für mittellose Patienten. Der IME-Betriebskosten-Zuschlag ist abhängig von der Anzahl Assistenzarztstellen. Er betrug im Jahr 2012 bei einem Verhältnis von 20 Assistenzärzten pro 100 Betten 10.3 % und bei 40 Assistenzärzten pro 100 Betten 19.7 %. (Diese Werte gelten unverändert seit 2008.) Für die Universitätskrankenhäuser liegt das erste Quartil der IME-Betriebskosten-Zuschläge bei 9 %, das dritte bei 31 %. Der IME-Kapitalkosten-Zuschlag ist abhängig von der Anzahl Assistenzarztstellen pro durchschnittlich anwesenden Patient.
- Eine Langliegervergütung gibt es nicht. Anstelle dessen tritt die Vergütung von 80 % der Kostendifferenz zwischen den geschätzten Fallkosten und einem DRG-unabhängigen Kostengrenzwert.
- Der Basispreis wird zusätzlich multipliziert mit einem Lohnindex, der abhängig ist vom Krankenhausstandort, und – nur in Alaska und Hawaii – mit einem Lebenskostenindex.

Indirect Medical Education (IME)

↑ S. 147

Hochkostenfälle
↑ S. 159

Lohn- und
Lebenskostenindex
↑ S. 158

Keine Recherchen
↑ S. 161
↑ S. 161

Berechnungsmodelle
↑ S. 154

Begrenzung
DGME

Leistungsnachweise

Investitionskosten
↑ S. 156

Anzahl Assistenzarztstellen?

Defizitdeckung

(Zu diesem Thema wurden keine Recherchen unternommen.)

In *Diskussion* stehen folgende Punkte:

- Berechnungsmodelle und Festlegung der indirekten fachärztlichen Weiterbildungskosten (IME). Es steht insbesondere eine Senkung der Zuschläge zur Debatte.
- Begrenzung der Höhe der direkten Zahlungen für fachärztliche Weiterbildung (DGME), z. B. auf 120 % des nationalen Durchschnittsgehalts von Assistenzärzten.
- Koppelung der indirekten Zahlungen für fachärztliche Weiterbildung an Leistungsnachweise.
- Abschaffung des Investitionskostenzuschlags für die indirekten Kosten der fachärztlichen Weiterbildung.¹⁰²
- Ende 2011 wurde eine Erhöhung der seit 1996 eingefrorenen Zahl der von *Medicare* unterstützten Assistenzarztstellen um 15 % vom Senat verworfen.¹⁰³

¹⁰² Vgl. Nguyen/Sheingold [IME + DSH, 2011].

¹⁰³ Dower [Graduate Medical Education, 2012]: 3.

Ausschliesslichkeit?

↑ S. 154

↑ S. 156

↑ S. 151

Universitäre
Mehrkosten

Ökonometrische
Schätzungen

- Der weitaus grösste Teil der staatlichen Ausbildungsfinanzierung kommt der Weiterbildung von Fachärzten zugute. Es gibt Vorstösse, auch die Ausbildung von Pflegefachkräften in der primären Versorgung (*nurse practitioners, physician assistants = primary care providers*) zu unterstützen.¹⁰⁴

Folgende fallbezogene Vergütungsthemen sind *in Bearbeitung*:

- Der Lohnindex soll überarbeitet werden.¹⁰⁵
- Die ökonometrische Schätzung des DSH-Zuschlages soll abgelöst werden durch eine Kalkulation aufgrund erhobener Kosten.¹⁰⁶
- Längerfristig sollen episodenzugehörige, «gebündelte Vergütungen» (*Bundled Payments for Care Improvement (BPCI)*) an die Stelle von Fallpauschalen treten.¹⁰⁷

Folgende fallbezogene Vergütungsthemen sind *entschieden*:

- Im Zusammenhang mit der aktuellen Gesundheitsreform (*Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)*) wurde der DSH-Zuschlag radikal umgebaut. Die Zuschläge werden nur noch etwa 25 % der bisherigen Zuschläge betragen. (Der IME-Zuschlag jedoch wird [vorläufig?] nicht verändert.)

Abschliessender Kommentar

Die DRG-basierte Vergütung gilt in den USA für Patienten der staatlichen Versicherungen *Medicare* und *Medicaid*.

Für die Mehrkosten der universitätsmedizinischen Krankenversorgung gibt es zwar keine direkten Vergütungen, dafür aber gewichtige Zuschläge auf die Basispreise: Der Median der Betriebskosten-Zuschläge für die indirekten Kosten der fachärztlichen Weiterbildung (*IME*¹⁰⁸) lag bei den Universitätskrankenhäusern bei 23 % (übrige Krankenhäuser: 0 %); der Median der Betriebskosten-Zuschläge für die Behandlung überdurchschnittlich vieler mittelloser Patienten (*DSH*¹⁰⁹) lag bei den Universitätskrankenhäusern bei 20 % (übrige Krankenhäuser: 10 %).

Beide Zuschläge basieren auf ökonomischen Modellen und deren statistischen Hypothesen. Sie wurden zu Recht immer wieder kritisch diskutiert: Einerseits wurden die Zuschläge aus politischen Gründen deutlich über den Resultaten der Modellrechnungen angesetzt. Andererseits ist es

¹⁰⁴ Dower [Graduate Medical Education, 2012]: 3.

¹⁰⁵ <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/Wage-Index-Reform.html> [2013-03].

¹⁰⁶ MedPAC [Report, 2007]: 50.

¹⁰⁷ <http://innovation.cms.gov/initiatives/bundled-payments/> [2013-04].

¹⁰⁸ IME = Indirect Medical Education.

¹⁰⁹ DSH = Disproportionate Share Hospital.

umstritten, ob die Differenzen der Fallkosten nur aufgrund der beiden Faktoren und nicht auch infolge anderer kostenrelevanter Variablen entstehen.

Speziell zum Tragen kommt für Universitätskrankenhäuser auch die zusätzliche Vergütung von Hochkostenfällen: Es werden 80 % der Behandlungsfallkosten oberhalb eines Grenzwertes von gut US\$ 20 000 vergütet.

Hochkostenfälle

H Anhang

H.1 Abkürzungen

Tafel 58: Im Text verwendete Abkürzungen (Teil 1)

Abkürzung	Bezeichnung	Internetverweis	Land
AAMC	American Association of Medical Colleges	http:// www.aamc.org /	USA
AHA	American Hospital Association	http:// www.aha.org /	USA
AHA	American Heart Association	http:// www.americanheart.org /	USA
AHC	Academic Health Center		USA
AKH	Allgemeines Krankenhaus		Österreich
AUKUH	Association of UK University Hospitals	http:// www.aukuh.org.uk /	Grossbritannien
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	http:// www.rijksoverheid.nl / onderwerpen / algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz	Niederlande
BMA	British Medical Association	http:// bma.org.uk /	Grossbritannien
BNF	British National Formulary	http:// bnf.org /	Grossbritannien
BPCI	Bundled Payments for Care Improvement	http:// innovation.cms.gov / initiatives / bundled-payments /	USA
BPT	Best Practice Tariff	http:// www.dh.gov.uk / health / tag / best-practice-tariffs-bpts /	Grossbritannien
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz	http:// www.ris.bka.gv.at / GeltendeFassung.wxe ? Abfrage = Bundesnormen & Gesetzesnummer = 10000138	Österreich
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek	http:// www.cbs.nl /	Niederlande
CCR	Cost-to-Charge Ratio		USA
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services	http:// www.cms.gov /	USA
COLA	Cost-of-Living Adjustment		USA
CVZ	College Voor Zorgverzekeringen	http:// www.cvz.nl /	Niederlande
DBC	Diagnose-Behandeling-Combinaties	http:// www.dbconderhoud.nl /	Niederlande

Tafel 59: Im Text verwendete Abkürzungen (Teil 2)

Abkürzung	Bezeichnung	Internetverweis	Land
DBC-O	DBC onderhoud	http:// www.dbconderhoud.nl /	Niederlande
DBC-ZP	DBC-Zorgproduct	http:// dbc - zorgproducten - tarieven.nza.nl / nzaZpTarief /	Niederlande
DGKP	Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal		Österreich
DGME	Direct Graduate Medical Education	http:// www.cms.gov / Medicare / Medicare-Fee-for-Service-Payment / AcuteInpatientPPS / dgme.html	USA
DH-UK	Department of Health	http:// www.gov.uk / dh /	Grossbritannien
DOT	DBC op weg naar transparantie	http:// www.dbconderhoud.nl /	Niederlande
DRG	Diagnosis Related Groups	http:// www.fischer-zim.ch / textk-pcs / index.htm	
DSH	Disproportionate Share Hospital	http:// www.cms.gov / Medicare / Medicare-Fee-for-Service-Payment / AcuteInpatientPPS / dsh.html	USA
GDRG	German Diagnosis Related Groups	http:// www.gdr.de /	Deutschland
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung	http:// www.g-k-v.de /	Deutschland
GME	Graduate Medical Education		USA
HCFA	Health Care Financing Administration	http:// www.cms.gov /	USA
HEE	Health Education England	http:// healtheducationengland.dh.gov.uk /	Grossbritannien
HES	Hospital Episode Statistics	http:// www.hesonline.nhs.uk /	Grossbritannien
HDG	Hauptdiagnose	http:// www.bmg.gv.at / home / Schwerpunkte / Krankenanstalten / LKF _ Modell _ 2013 / Modell _ 2013	Österreich
HFMA-UK	Healthcare Financial Management Association UK	http:// www.hfma.org.uk /	England
HOPE	European Hospital and Healthcare Federation	http:// www.hope.be /	EU
HRG	Healthcare Resource Groups	http:// www.hscic.gov.uk / hrg /	Grossbritannien
IC	Intensive Care		
IBO	Interdepartementaal Beleidsonderzoek		Niederlande

Tafel 60: Im Text verwendete Abkürzungen (Teil 3)

Abkürzung	Bezeichnung	Internetverweis	Land
IME costs	Indirect Costs of Graduate Medical Education	http:// www.cms.gov / Medicare / Medicare-Fee-for-Service-Payment / AcuteInpatientPPS / Indirect-Medical-Education-IME.html	USA
IPPS	Inpatient Prospective Payment System	http:// www.cms.gov / AcuteInpatientPPS /	USA
ISS	Injury Severity Score	http:// de.wikipedia.org / wiki / Injury _ Severity _ Score	
KA	Krankenanstalt		Österreich
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz	http:// www.ris.bka.gv.at / GeltendeFassung.wxe ? Abfrage = Bundesnormen & Gesetzesnummer = 10010285	Österreich
KAZ	Krankenanstalten in Zahlen	http:// www.kaz.bmg.gv.at /	Österreich
KH	Krankenhaus		
KMA	Klinischer Mehraufwand		Österreich
LDF	Leistungsbezogene Diagnosen-Fallgruppen	http:// www.bmg.gv.at / home / Schwerpunkte / Krankenanstalten /	Österreich
LETB	Local Education and Training Board		England
LGF	Landesgesundheitsfonds		Österreich
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierung	http:// www.bmg.gv.at / home / Schwerpunkte / Krankenanstalten /	Österreich
LKH	Landeskrankenhaus		Österreich
MADEL	Medical and Dental Education Levy		England
MedPAC	Medicare Payment Advisory Commission	http:// www.medpac.gov /	USA
MEL	Leistungskatalog der medizinischen Einzelleistungen	http:// www.bmg.gv.at / home / Schwerpunkte / Krankenanstalten / LKF _ Modell _ 2013 / Modell _ 2013	Österreich
MICU	Mobile Intensive Care Unit	http:// www.amc.nl / web / Het-AMC / Afdelingen / Medische-afdelingen / Intensive-Care-Volwassenen / Intensive-Care-Volwassenen / Mobile-Intensive-Care-Unit-MICU.htm	Niederlande

Tafel 61: Im Text verwendete Abkürzungen (Teil 4)

Abkürzung	Bezeichnung	Internetverweis	Land
MSDRG	Medicare Severity-Diagnosis Related Groups	http:// www.cms.gov / AcuteInpatientPPS /	USA
Monitor	Monitor	http:// www.monitor-nhsft.gov.uk /	England
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra	http:// www.nfu.nl /	Niederlande
NHS	National Health Service	http:// www.nhs.uk /	Grossbritannien
NHS CB	NHS Commissioning Board	http:// www.commissioningboard.nhs.uk /	England
NHS TDA	NHS Trust Development Authority	http:// www.ntda.dh.gov.uk /	England
NKI-AVL	Nederlands Kanker Instituut – Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis	http://www.nki.nl/	Niederlande
NMET	Non Medical Education and Training		England
NSD	National Services Division	http:// www.nsd.scot.nhs.uk /	Schottland
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	http:// www.g-drg.de / cms / Neue _ Untersuchungs- _ und _ Behandlungsmethoden _ NUB	Deutschland
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit	http:// www.nza.nl /	Niederlande
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap	http:// www.rijksoverheid.nl / ministeries / ocw	Niederlande
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development	http:// www.oecd.org /	
ÖKAP	Österreichischer Krankenanstaltenplan	Neu: ÖSG	Österreich
OPD	Outpatient Department		USA
OPPS	Outpatient Prospective Payment System	http:// www.cms.gov / HospitalOutpatientPPS /	USA
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit	http:// bmg.gv.at / home / Schwerpunkte / Gesundheitssystem _ Qualitaetsicherung / Planung /	Österreich
PCS	Patientenklassifikationssystem	http:// www.fischer-zim.ch / studien / PCS-Buch-9701-Info.htm	
PLICS	Patient Level and Information Costing System		Grossbritannien
PPACA	Patient Protection and Affordable Care Act	http:// www.healthcare.gov / law / full /	USA

Tafel 62: Im Text verwendete Abkürzungen (Teil 5)

Abkürzung	Bezeichnung	Internetverweis	Land
PRIKRAF	Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds	http:// www.prikraf.at /	Österreich
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit		Österreich
SHA	Strategic Health Authority		England
SIFT	Service Increment for Teaching		England
SRDRG	Severity-Refined Diagnosis Related Groups	http:// www.fischer-zim.ch / text-pcssa / t-ga-E6-System-SR-0003.htm	USA
SSNDS	Specialised Services National Definition Set	http:// www.specialisedservices.nhs.uk / documents / index / document _ category _ id:26	England
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups	http:// www.swissdrg.org /	Schweiz
Tilak	Tiroler Landeskrankenanstalten-gesellschaft	http:// www.tilak.at /	Österreich
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System	http:// www.sfar.org / scores2 / tiss2.html	
TISS-28	Simplified TISS	http:// www.sfar.org / scores2 / tiss282.html	
USA	United States of America		USA
VUD	Verband der Universitätsklinika Deutschlands	http:// www.uniklinika.de /	Deutschland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	http:// www.rijksoverheid.nl / ministeries / vws	Niederlande
ZBC	Zelfstandige Behandel Centra		Niederlande
ZE	Zusatzentgelt		Deutschland
ZVW	Zorgverzekeringswet		Niederlande

H.2 Literaturverzeichnis**AKH Wien (2010) Geschäftsbericht 2009**

Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus. *AKH-Geschäftsbericht 2009*. Annual Report 2009. Wien 2010: 63 S. Internet: [http:// www.akhwien.at / default.aspx ? did = 37232](http://www.akhwien.at/default.aspx?did=37232).

AKH Wien (2013) Geschäftsbericht 2011

Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus. *AKH-Geschäftsbericht 2011*. Annual Report 2011. Wien 2013: 63 S. Internet: [http:// www.akhwien.at / default.aspx ? did = 61147](http://www.akhwien.at/default.aspx?did=61147).

Albrecht et al. (2013) Finanzierung Universitätsmedizin

Albrecht M, Kroemer HK, Strehl R. *An der Grenze der Belastbarkeit*. Finanzierung der Universitätsmedizin. In: Deutsches Ärzteblatt 2013(3)110: A65–A68.

Andréoletti et al. (2007) T2A

Andréoletti C et équipe MT2A. *La tarification des établissements de santé*. Rapport des enjeux, des modalités, des schémas cibles et transitoires. Paris (Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports) 2007: 21 S. Internet (obsolet): http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/t2a/pedagogie/documents/rappe1_enjeux_mai07.pdf.

Baker et al. (1974) ISS

Baker SP, O'Neill B, Haddon Jr. W, Long WB. *The Injury Severity Score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care*. In: J Trauma 1974(14)3: 187–196.

BGBI-A (2005) Vereinbarung gemäss Art. 15a B-VG

BGBI. I Nr. 73/2005. *Vereinbarung gemäss Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens*. Wien (Bundesgesetzblatt der Republik Österreich) 2005: 26 S. Internet: http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/2/6/CH1069/CMS1104315559331/bgbl_15a-vereinbarung_2005.pdf.

BGBI-A (2008) Vereinbarung gemäss Art. 15a B-VG

BGBI. I Nr. 105/2008. *Vereinbarung gemäss Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens*. Wien (Bundesgesetzblatt der Republik Österreich) 2008: 32 S. Internet: http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/7/1/CH1069/CMS1211801668459/bgbl_15a-vereinbarung_2008.pdf.

BMG-A (2010) LKF Evaluierung

Bundesministerium für Gesundheit. *LKF-Evaluierung 1997-2007*. 2010. Internet: http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/1/5/CH1164/CMS1295949208661/abschlussbericht_lkf-evaluierung_end.pdf.

BMG-A (2012) KH-Statistik

Bundesministerium für Gesundheit. *Krankenanstellen in Zahlen 2011*. Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstellen. Wien 2012. Internet: http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/uereg_oesterreich_2011.pdf.

BMG-A (2012) LKF-Modell 2013

Bundesministerium für Gesundheit [Hrsg.]. *Leistungsorientierte Krankenanstellenfinanzierung – LKF*. Modell 2013. Wien (BMG) 2012: 54 S. Internet: http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/0/0/CH1241/CMS1287565975903/modell_2013.pdf.

BMG-A (2012) LKF-System

Bundesministerium für Gesundheit [Hrsg.]. *Leistungsorientierte Krankenanstellenfinanzierung – LKF*. Systembeschreibung. Wien (BMG) 2012: 23 S. Internet: http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/4/8/0/CH1241/CMS1287566025326/systembeschreibung_2013.pdf.

BMG-A (2012) ÖSG

Bundesministerium für Gesundheit [Hrsg.]. *Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 inkl. Großgeräteplan*. Wien 2012: 155 + 7 Anhänge S. Internet: http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem/Qualitaetsicherung/Planung/Oesterreichischer_Strukturplan_Gesundheit_OeSG_2012.

BMSG-A (2001) LKF-Modell 2002

Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen [Hrsg.]. *Leistungsorientierte Krankenanstellenfinanzierung – LKF*. Modell 2002. Wien (BMSG) 2001: 36 S.

Busse et al. (2011) DRGs in Europe

Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M [Eds.]. *Diagnosis Related Groups in Europe*. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Berkshire (Open University Press) 2011: 568 S. Internet: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf.

CMS (2008) Claims Manual-12

Centers for Medicare and Medicaid Services. *Medicare Claims Processing Manual*. Chapter 12 – Physicians/Nonphysician Practitioners. (Rev. 1550, 07-09-08), 2008: 202 S. Internet: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/Downloads/clm104c12.pdf>.

CMS (2010) DSH Ruling

Centers for Medicare and Medicaid Services. *Ruling No.: CMS-1498-R*. CMS Rulings. 2010: 38 S. Internet: <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Rulings/Downloads/CMS1498R.pdf>.

CMS (2012) Federal Register

Centers for Medicare and Medicaid Services. *Medicare Program*. Final Rule. In: Federal Register 2012(77)42 CFR Parts 412, 413, 424, and 476: 53258–53750. Internet: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2012-08-31/pdf/2012-19079.pdf>.

CMS (2012) IPPS Factsheet

Centers for Medicare and Medicaid Services. *Acute Care Hospital Inpatient Prospective Payment System*. Payment System Fact Sheet Series. 2012: 10 S. Internet: <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/downloads/AcutePaymtSysfactsht.pdf>.

Daidone/Street (2011) Costs of Specialised Care

Daidone S, Street A. *Estimating the Costs of Specialised Care*. CHE Research Paper 61, York (University: Centre for Health Economics) 2011: 38 S. Internet: http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP61_specialised_care_costs.pdf.

Daidone/Street (2011) Costs of Spec. Care Update

Daidone S, Street A. *Estimating the Costs of Specialised Care*. Updated Analysis Using Data for 2009/10. CHE Research Paper 71, York (University: Centre for Health Economics) 2011: 32 S. Internet: http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP71_estimating_the_costs_of_specialised_care.pdf.

Dalton (2007) Cost-to-Charge Ratios

Dalton K. *A Study of Charge Compression in Calculating DRG Relative Weights*. Research Triangle Park NC (RTI International) 2007: 90 + 97 S. Internet: <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/Reports/downloads/dalton.pdf>.

Dalton (2008) Refining CCRs

Dalton K. *Refining Cost to Charge Ratios for Calculating APC and MS-DRG Relative Payment Weights*. Final Report, Research Triangle Park NC (RTI International) 2008: 121 + 145 S. Internet: http://www.rti.org/reports/cms/hhs-m-500-2005-00291/pdf/refining_cost_to_charge_ratios_200807_final.pdf.

Dave et al. (2010) SIFT + Psychiatry

Dave S, Dogra N, Leask SJ. *Current Role of Service Increment for Teaching Funding in Psychiatry*. In: The Psychiatrist Online 2010(34): 31–35. Internet: <http://pb.rpsych.org/content/34/1/31.full.pdf>.

DBC Onderhoud (2011) Productstructuur

DBC Onderhoud. *Verantwoordingsdocument productstructuur en tarieven pakket 2012*. Versie 1.3, 2011: 109 S. Internet: <http://www.nza.nl/95826/dbc-dossier/282263/Verantwoordingsdocument-DBC-Onderhoud-productstructuur-en-tarieven-pakket2012.pdf>.

DH-UK (2010) Critical Care Draft Guidance

Dept. of Health Payment by Results. *Draft guidance on NHS commissioning and contracting of adult and neonatal critical care services in 2011-12*. 2010: 4 S. Internet: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_119960.pdf.

DH-UK (2012) Liberating NHS Workforce

Dept. of Health. *Liberating the NHS: Developing the Healthcare Workforce*. From Design to Delivery. Leeds 2012: 52 S. Internet: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_132087.pdf.

DH-UK (2012) MFF

Dept. of Health Payment by Results Team. *Payment by Results. PbR and the Market Forces Factor (MFF) in 2012-13*. Leeds 2012: 29 S. Internet: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_132657.pdf.

DH-UK (2012) PbR 2012+

Dept. of Health Payment by Results Finance and Costing Team. *Confirmation of Payment by Results (PbR) arrangements for 2012-13*. Exceltabelle, 2012. Download ab: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_132654.

DH-UK (2012) PbR Guidance

Dept. of Health Payment by Results Team. *Payment by Results Guidance 2012-13*. Leeds 2012: 209 S. Internet: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_133585.pdf.

DH-UK (2012) PbR Simple Guide

Dept. of Health Payment by Results Team. *A Simple Guide to Payment by Results*. Leeds 2012: 72 S. Internet: <https://www.wp.dh.gov.uk/publications/files/2012/11/PbR-Simple-Guide-FINAL.pdf>.

DH-UK (2012) Tariff Calculation Guide

Dept. of Health. *Payment by Results. Step-by-Step Guide: Calculating the 2012-13 National Tariff*. 2012: 42 S. Internet: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_133113.pdf.

DH-UK (2013) PbR Guidance

Dept. of Health Payment by Results Team. *Payment by Results Guidance for 2013-14*. Leeds 2013: 231 S. Internet: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/141388/PbR-Guidance-2013-14.pdf.pdf.

DH-UK (2013) PbR Step-by-Step Guide

Dept. of Health Payment by Results Team. *Payment by Results Step-by-Step Guide: Calculating the 2013-14 National Tariff*. Leeds 2013: 41 S. Internet: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/141394/Step-by-step-guide-to-calculating-the-2013-14-national-tariff.pdf.pdf.

Dienesch et al. (1997) KH-Finanzierung

Dienesch S, Heinzenberger G. *Krankenanstaltenfinanzierung 9 mal anders*. Ein Streifzug durch den Finanzierungsdschungel in den österreichischen Bundesländern. Hallein (Nycomed; Krankenhaus Hallein) 1997: 19 S.

Dobson et al. (2002) Financial Performance of AHCs

Dobson A, Koenig L, Sen N, Ho S, Gilani J. *Financial Performance of Academic Health Center Hospitals, 1994-2000*. (The Commonwealth Fund) 2002: 42 S. Internet: <http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2002/Sep/Financial-Performance-of-Academic-Health-Center-Hospitals-1994-2000.aspx>.

Dower (2012) Graduate Medical Education

Dower C. *Health Policy Brief: Graduate Medical Education*. In: Health Affairs 2012/Aug.: 1-4. Internet: http://www.healthaffairs.org/healthpolicybriefs/brief.php?brief_id=75.

Fetter et al. (1980) DRGs

Fetter RB, Shin Y, Freeman JL, Averill RF, Thompson JD. *Casemix definition by Diagnosis Related Groups*. In: Medical Care 1980(18): S1-S53.

Fetter et al. (1991) DRGs

Fetter RB, Brand A, Dianne G [Hrsg.]. *DRGs, Their Design and Development*. Ann Arbor (Health Administration Press) 1991: 341 S.

Fischer (1997) PCS

Fischer W. *Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich*. Prinzipien und Beispiele. Bern und Wolfertswil (ZIM) 1997: 514 S. Auszüge: <http://www.fischer-zim.ch/studien/PCS-Buch-9701-Info.htm>.

Fischer (1999) DRGs im Vergleich

Fischer W. *Diagnosis Related Groups (DRGs) im Vergleich zu den Patientenklassifikationssystemen von Deutschland und Österreich*. Eine problemzentrierte Diskussion von Patientenklassifikationssystemen für stationäre Akutbehandlungen im Hinblick auf deren Verwendung in Vergütungssystemen. Wolfertswil (ZIM) 1999: 155 S. Auszüge: <http://www.fischer-zim.ch/studien/DRGs-im-Vergleich-9901-Info.htm>.

Fischer (1999) Vergütungssysteme

Fischer W. *Vergütungssysteme und deren Komponenten*. In: Schweizer Spital 1999/4: 4-9. Internet: <http://www.fischer-zim.ch/auszuege-pcs-diskussion/Verguetungs-System-Komponenten-9811.htm>.

Fischer (2000) DRG-Systeme

Fischer W. *Diagnosis Related Groups (DRGs) und verwandte Patientenklassifikationssysteme*. Kurzbeschreibungen und Beurteilung. Wolfertswil (ZIM) 2000: 181 S. Internet: <http://www.fischer-zim.ch/studien/DRG-Systeme-0003-Info.htm>.

Fischer (2002) DRG+Pflege

Fischer W. *Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege*. Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten. Bern (Huber) 2002: 472 S. Auszüge: <http://www.fischer-zim.ch/studien/DRG-Pflege-0112-Info.htm>.

Fischer (2007) DRG Labels

Fischer W. *Do You Speak DRG?*. Measuring the Complexity of Labels of Medicare DRGs, AR-DRGs, and G-DRGs by Counting Conjunctions. In: Proceedings of the 23rd PCSI International Working Conference, Venezia 2007. Internet: <http://www.fischer-zim.ch/paper-en-pdf/DRG-Labels-0711-PCSI.pdf>.

Fischer (2007) GDRG-Verständlichkeit

Fischer W. *Sprechen Sie G-DRG?*. G-DRG 2007: Statistische Optimierung zu Lasten fachsprachlicher Verständlichkeit. In: Streiflicht ZIM 2007(15)1. Internet: <http://www.fischer-zim.ch/streiflicht/GDRG-2007-Sprache-0701.htm>.

Fischer (2008) Grafiken zur PCS-Beurteilung

Fischer W. *Statistische Grafiken zur Beurteilung von Patientenklassifikationssystemen*. dargestellt am Beispiel der pädiatrischen Sicht auf das APDRG-System. Wolfertswil (ZIM) 2008: 169 S. Internet: [http:// www.fischer-zim.ch / studien / Grafiken-PCS-Beurteilung-0804-Info.htm](http://www.fischer-zim.ch/studien/Grafiken-PCS-Beurteilung-0804-Info.htm).

Fischer (2009) Notfallvergütung im Krankenhaus

Fischer W. *Notfallvergütung im Krankenhaus*. Patientenklassifikationssysteme und Notfallpauschalen bei DRG-basierter Vergütung von stationären Behandlungen. 1. Auflage, Wolfertswil (ZIM) 2009: 180 S.

Fischer (2009) Vergütungsmodelle für die ärztliche Weiterbildung

Fischer W. *Modelle zur Vergütung der ärztlichen Weiterbildung zum Facharzt*. Informationssammlung und Vorschläge für Deutschland. Unveröffentlicht, Wolfertswil (ZIM) 2009: 78 S.

Fleischhauer (2007) Finanzierung Gesundheitswesen

Fleischhauer K. *Aufbringung und Verteilung von Mitteln für das Gesundheitswesen*. Regelungen und Probleme in Deutschland, Grossbritannien und den USA. Freiburg München (Alber) 2007: 133 S.

Gesundheitsfonds Steiermark (2008) Jahresbericht 2007

Gesundheitsfonds Steiermark. *Jahresbericht 2007*. Graz 2008. Internet: [http:// www.verwaltung.steiermark.at / cms / dokumente / 11683756 _ 74835878 / 63577f77 / Jahresbericht%20 2007.pdf](http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/11683756_74835878/63577f77/Jahresbericht%202007.pdf).

Gesundheitsfonds Steiermark (2009) Jahresbericht 2008

Gesundheitsfonds Steiermark. *Jahresbericht 2008*. Graz 2009: 68 S. Internet: [http:// www.verwaltung.steiermark.at / cms / dokumente / 11683756 _ 74835878 / 8c5227e9 / Jahresbericht%20 2008.pdf](http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/11683756_74835878/8c5227e9/Jahresbericht%202008.pdf).

Gloucestershire Hospitals (2013) PGME Report

Gloucestershire Hospitals NHS Foundation Trust. *Medical Gloucestershire Postgraduate Medical Education*. Annual Report. Academic Year August 2011 – July 2012. 2013. Internet: [http:// www.glospgme.nhs.uk / userfiles / File / FP / Annual%20 ReportPGME 2011-12.pdf](http://www.glospgme.nhs.uk/userfiles/File/FP/Annual%20ReportPGME2011-12.pdf).

Gommon (2011) Note

Gommon J. *Explanatory note to accompany 'Estimating the costs of specialised care'*. 2011: 8 S. Internet: [http:// www.dh.gov.uk / prod _ consum _ dh / groups / dh _ digitalassets / documents / digitalasset / dh _ 124454.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_124454.pdf).

Gonella et al. (1984) Disease Staging

Gonella JS, Hornbrook MC, Louis DZ. *Staging of Disease*. A Case-Mix Measurement. In: JAMA 1984(251)5: 637–644.

Güntert et al. (2004) KMA Wien

Güntert B et al.. *Endbericht zum Projekt zur Erstellung eines sachgerechten Modells für die Ermittlung und Abwicklung des klinischen Mehraufwandes beim Betrieb des AKH Wien ab dem Jahr 2004 auf der Grundlage des Vergleichs von 12/2000*. 2004.

Hellowell/Pollock (2007) Private Finance Initiative

Hellowell M, Pollock AM. *Private Finance, Public Deficits*. A report on the cost of PFI and its impact on health services in England. Edinburgh (Centre for International Public Health Policy) 2007: 40 S. Internet: [http:// www.sps.ed.ac.uk / _ _ data / assets / pdf _ file / 0007 / 64357 / private _ finance, _ public _ deficits.pdf](http://www.sps.ed.ac.uk/_data/assets/pdf_file/0007/64357/private_finance_public_deficits.pdf).

Henderson (2010) DGME+IME-Survey

Henderson TM. *Medicaid Direct and Indirect Graduate Medical Education Payments: A 50-State Survey*. Washington (Association of American Medical Colleges) 2010: 40 S. Internet: [https:// members.aamc.org / eweb / upload / Medicaid%20 Direct _ Indirect%20 GME%20 Payments%20 Survey%20 2010.pdf](https://members.aamc.org/eweb/upload/Medicaid%20Direct_Indirect%20GME%20Payments%20Survey%202010.pdf).

HFMA-UK (2013) Costing Standards

Healthcare Financial Management Association. *Acute Health Clinical Costing Standards 2013-14*. Bristol 2013: 37 S. Internet: [http:// www.hfma.org.uk / NR / rdonlyres / 03048E3E-16BE-4D9E-BC54-A16FAA61ADC2 / 0 / AcuteHealthCS20132014.pdf](http://www.hfma.org.uk/NR/rdonlyres/03048E3E-16BE-4D9E-BC54-A16FAA61ADC2/0/AcuteHealthCS20132014.pdf).

Hofmarcher/Riedel (2001) Krankenanstaltenwesen

Hofmarcher MM, Riedel M. *Gesundheitsausgaben in der EU: Ohne Privat kein Staat*. Schwerpunktthema: Das österreichische Krankenanstaltenwesen – eines oder neun Systeme?. In: Soziale Sicherheit 2001/Beilage: 24 S.

Hofmarcher/Rack (2006) Gesundheitssystem Osterreich

Hofmarcher MM, Rack HM. *Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich*. Kopenhagen (WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik) 2006: 262 S.

HOPE (2006) DRGs in EU

European Hospital and Healthcare Federation. *DRGs as a financing tool*. 2006: 93 S. Internet: [http:// www.hope.be / 05eventsandpublications / docpublications / 77 _ drg _ report / 77 _ drg _ report _ 2006.pdf](http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/77_drg_report/77_drg_report_2006.pdf).

HOPE (2009) Hospitals in EU

European Hospital and Healthcare Federation. *Hospitals in the 27 Member States of the European Union*. La Défense cedex (Dexia Editions) 2009: 209 S. Internet: [http:// hope.be / 05eventsandpublications / docpublications / 79 _ hospitals _ in _ eu / 79-hospitals-in-the-eu-2009.pdf](http://hope.be/05eventsandpublications/docpublications/79_hospitals_in_eu/79-hospitals-in-the-eu-2009.pdf).

HPERU (2007) SIFT

Health Policy & Economic Research Unit. *Medical Service Increment for Teaching (SIFT) Funding*. Report. (British Medical Association) 2007: 11 S. Internet: [http:// image.guardian.co.uk / sys-files / Education / documents / 2007 / 05 / 11 / BMA.pdf](http://image.guardian.co.uk/sys-files/Education/documents/2007/05/11/BMA.pdf).

Inview (2011) DOT

Inview. *DOT, Basisregistratie en Prestatiebekostiging*. «Je gaat het pas zien als je het door hebt». 2011: 9 S. Internet: [http:// www.inview.nl / files / pdf / pdf _ interviews / DOT _ en _ prestatiebekostiging _ in _ vogelvlucht.pdf](http://www.inview.nl/files/pdf/pdf_interviews/DOT_en_prestatiebekostiging_in_vogelvlucht.pdf).

Jaspers (2012) Finances UMC

Jaspers FCA. *Finance in an University Medical Center in the Netherlands*. (UMCG, unveröffentlicht) 2012: 14 S.

Kimberly et al. (1993) DRGs in Europe

Kimberly JR, de Pouvourville G et al. [Eds.]. *The Migration of Managerial Innovation*. Diagnosis-Related Groups and Health Care Administration in Western Europe. San Francisco (Jossey-Bass) 1993: 377 S.

Kobel et al. (2012) LDF + EuroDRGs

Kobel C, Linhart C, Pfeiffer KP. *Von den Nachbarn lernen*. Ein erstmaliger europäischer Vergleich zeigt zukünftige Entwicklungsmöglichkeiten für die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung auf. In: Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ 2012(53)04: 33–35. Internet: [http:// www.schaffler-verlag.com / gw _ artikel _ dl / 120433.pdf](http://www.schaffler-verlag.com/gw_artikel_dl/120433.pdf).

Koenig et al. (2003) Mission Related Costs

Koenig L, Dobson A, Ho S, Siegel JM, Blumenthal D, Weissman JS. *Estimating the Mission-Related Costs of Teaching Hospitals*. In: Health Affairs 2003(22)6: 112–122. Internet: <http://content.healthaffairs.org/content/22/6/112.full.pdf>.

Kriegel J (2005) KMA

Kriegel J. *Finanzmanagement im Universitätskrankenhaus*. Klinischer Mehraufwand für Forschung und Lehre. (Deutscher Universitätsverlag) 2005: 297 S S.

LVAG-NL (2008) Opleidingsfonds

Landelijke Vereniging voor Medisch Specialisten in Opleiding. *Het Opleidingsfonds (Der Weiterbildungsfond)*. Achtergrond – Problemen – Meestgestelde vragen (Hintergrund – Probleme – Häufig gestellte Fragen). LVAG 08-424, 2008: 7 S. Internet: <http://www.nvvc.nl/UserFiles/LVAG%20opleidingsfonds.pdf>.

MedPAC (2007) Report

Medicare Payment Advisory Commission. *Report to the Congress: Medicare Payment Policy*. Washington 2007: 285 S. Internet: http://www.medpac.gov/documents/Mar07_EntireReport.pdf.

MedPAC (2009) Incentives

Medicare Payment Advisory Commission. *Report to the Congress: Improving Incentives in the Medicare Program*. Washington 2009: 277 S. Internet: http://www.medpac.gov/documents/Jun09_EntireReport.pdf.

MedPAC (2010) Aligning Incentives

Medicare Payment Advisory Commission. *Report to the Congress: Aligning Incentives in Medicare*. Washington 2010: 267 S. Internet: http://www.medpac.gov/documents/Jun10_EntireReport.pdf.

MedPAC (2012) CAH Basics

Medicare Payment Advisory Commission. *Critical Access Hospital Payment System*. Payment Basics. Washington 2012: 2 S. Internet: http://www.medpac.gov/documents/MedPAC_Payment_Basics_12_CAH.pdf.

MedPAC (2012) IPPS Basics

Medicare Payment Advisory Commission. *Hospital Acute Inpatient Services Payment System*. Payment Basics. Washington 2012: 6 S. Internet: http://www.medpac.gov/documents/MedPAC_Payment_Basics_12_hospital.pdf.

MedPAC (2013) Report

Medicare Payment Advisory Commission. *Report to the Congress: Medicare Payment Policy*. Washington 2013: 407 S. Internet: http://www.medpac.gov/documents/Mar13_EntireReport.pdf.

Ministerie van Financiën (2012) IBO UMC

Ministerie van Financiën. *IBO Universitair Medische Centra*. 2012: 51 S. Internet: <http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/05/23/rapport-interdepartementaal-beleidsonderzoek-universitair-medische-centra/rapport-interdepartementaal-beleidsonderzoek-universitair-medische-centra.pdf>.

Ministerie van Volksgezondheid NL (2011) Ziektekostenverzekeringen

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Ziektekostenverzekeringen*. Den Haag 2011: 92 S. Internet: <http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/brochures/2011/04/21/ziektekostenverzekering-in-nederland/ziektekostenverzekeringen-in-nederland.pdf>.

Ministry of Health (2013) Rare Diseases

Ministry of Health, Welfare and Sport. *Strategy of the Netherlands in the field of rare diseases*. 2013: 17 S. Internet: <http://www.government.nl/files/documents-and-publications/reports/2013/01/24/strategy-of-the-netherlands-in-the-field-of-rare-diseases/strategy-of-the-netherlands-in-the-field-of-rare-diseases.pdf>.

Monitor England (2013) Costing Guidance

Monitor. *Approved Costing Guidance*. London 2013: 52 S. Internet: [http://www.monitor-nhsft.gov.uk/sites/default/files/publications/To Publish Approved Costing Guidance 21 February 2013.pdf](http://www.monitor-nhsft.gov.uk/sites/default/files/publications/To%20Publish%20Approved%20Costing%20Guidance%2021%20February%202013.pdf).

Newhouse (2003) Teaching Hospitals

Newhouse JF. *Perspective: Accounting for Teaching Hospitals' Higher Costs and What To Do About Them*. In: Health Affairs 2003(22)6: 126–129. Internet: <http://content.healthaffairs.org/content/22/6/126.full.pdf>.

Nguyen/Sheingold (2011) IME + DSH

Nguyen NX, Sheingold SH. *Indirect Medical Education and Disproportionate Share Adjustments to Medicare Inpatient Payment Rates*. In: Medicare & Medicaid Research Review 2011(1)4: E1–E18. Internet: http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Research/MMRR/downloads/MMRR2011_001_04_A01.pdf.

NHS West Midlands (2010) MPET Guide

NHS West Midlands. *Workforce Development and Training Funding Guide*. A guide to Multi-Professional Education & Training Funding 2009–10. 2010: 19 S. Internet: <http://www.westmidlands.nhs.uk/Portals/0/Content/Workforce/MPET%20Funding%20Guide%202009-10.pdf>.

Nza (2011) Prestatiebekostiging

Nederlandse Zorgautoriteit. *Verantwoordingsdocument. Invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg*. Uitwerking van implementatie per 2012. 2011: 147 S. Internet: http://www.nza.nl/104107/105763/211409/Verantwoordingsdocument_invoering_prestatiebekostiging_medisch_specialistische_zorg.pdf.

OECD (2012) US Health Care

Organisation for Economic Co-operation and Development. *U.S. Health Care System From An International Perspective*. OECD Health Data 2012. 2012. Internet: http://www.oecd.org/els/health-systems/HealthSpendingInUSA_HealthData2012.pdf.

Österreichischer Wissenschaftsrat (2012) KMA

Österreichischer Wissenschaftsrat. *Stellungnahme und Empfehlung zum klinischen Mehraufwand*. Wien 2012: 18 S. Internet: http://www.wissenschaftsrat.ac.at/news/Empfehlung_KMA.pdf.

Painold (2012) LKF

Painold J. *Das LKF-System. Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung in Österreich*. Fortbildungsbeitrag. Graz (Vereinigung der Krankenhausdirektoren Steiermarks) 2012. Internet: <http://www.krankenhausdirektoren.at/cms/dokumente/1012086/b9c50830/LFK%20System.pdf>.

Phillips (1992) Teaching Intensity

Phillips SM. *Measuring Teaching Intensity with the Resident-To-Average Daily Census Ratio*. In: Health Care Financing Review 1992(14)2: 59–68. Internet: http://www.thefreelibrary.com/_/print/PrintArticle.aspx?id=13275189.

Polei (2001) DBC

Polei G. *Das niederländische Projekt DBC 2003*. Erfahrungen aus der Einführung eines DRG-ähnlichen Vergütungssystems. In: Das Krankenhaus 2001/9: 777–783.

PwC (2012) PbR Evaluation

PricewaterhouseCoopers LLP. *An Evaluation of the Reimbursement System for NHS-Funded Care*. Report for Monitor. 2012: 60 S. Internet: <http://www.monitor-nhsft.gov.uk/sites/default/files/Evaluation%20Report%20-%20Full%20Report%20FINAL.pdf>.

PwC (2012) PbR Evaluation Appendices

PricewaterhouseCoopers LLP. *An Evaluation of the Reimbursement System for NHS-Funded Care. Appendices*. Report for Monitor. 2012: 59 S. Internet: <http://www.monitor-nhsft.gov.uk/home/news-events-and-publications/our-publications/about-monitor/monitors-new-role/evaluation-the-re>.

Rechnungshof-A (2000) KMA

Österreichischer Rechnungshof. *Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes über die Veräußerung der Bundesanteile an der Creditanstalt-Bankverein und den Kostenersatz für den klinischen Mehraufwand*. Wien 2000: 30 S. Internet: http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2000/berichte/berichte_laender/wien/Wien_2000_1.pdf.

Rechnungshof-A (2010) Bericht Bund 2010/5

Österreichischer Rechnungshof. *Bericht des Rechnungshofes*. Reihe BUND 2010/5. Wien 2010: 163 S. Internet: http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2010/berichte/berichte_bund/Bund_2010_05.pdf.

Rieben et al. (2003) Pfadkostenrechnung

Rieben E, Müller HP, Holler T, Ruffin G. *Pfadkostenrechnung als Kostenträgerrechnung*. Kalkulation und Anwendung von Patientenpfaden. Landsberg (ecomed) 2003: 279 S.

Roeder N et al. (2008) Lernendes Vergütungssystem

Roeder N, Bunzemeier H, Fiori W. *Ein lernendes Vergütungssystem*. Vom Budgetierungsinstrument zum deutschen Preissystem. In: Klauber et al. [KH-Report 2007, 2008] 2008: 23–47.

Sebek (2008) LKF 1997 – 2009

Sebek W. *Das LKF-Modell 2009*. Die Entwicklung des Systems der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung 1997 bis 2009. (PRIKRAF) 2008: 8 S. Internet: http://www.prikraf.at/images/stories/pdf/forum/lkf2009/Beitrag_Sebek.pdf.

Sermeus (1988) NRG

Sermeus W. *Nursing Related Groups*. A Research Study. In: Proceedings of the 3rd International Symposium on Nursing Use of Computers and Information Science, Dublin 1988: 177–183. Internet: http://www.czv.kuleuven.ac.be/project/3/ref/nursing_related_groups_1988.pdf.

Sloan/Valvona (1986) Cost of Teaching Hospitals

Sloan FA, Valvona J. *Uncovering the High Costs of Teaching Hospitals*. In: Health Affairs 1986(5)3: 68–85. Internet: <http://content.healthaffairs.org/content/5/3/68.full.pdf>.

Sozialversicherung (2012) Handbuch Sozialversicherung

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. *Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2012*. Wien 2012: 185 S. Internet: http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/788530_Handbuch_der_oesterreichischen_Sozialversicherung.pdf.

Street et al. (2007) Activity Based Financing

Street A, Vitikainen K, Bjorvatn A, Hvenegaard A. *Introducing Activity-Based Financing: A Review of Experience in Australia, Denmark, Norway and Sweden*. CHE Research Paper 30, York (University: Centre for Health Economics) 2007: 56 S.

The Casemix Service (2007) HRG4/Design

The Casemix Service. *HRG4 Design Concepts*. (NHS Information Centre) 2007: 38 S. Internet: <http://www.ic.nhs.uk/webfiles/Services/casemix/Prep%20HRG4/HRG4%20design%20concepts%20a.pdf>.

The Casemix Service (2007) HRG4/EMUC

The Casemix Service. *HRG4 – Emergency and Urgent Care*. Introduction to Chapter VB. (NHS Information Centre) 2007: 26 S.

Verfassungsgerichtshof-A (2011) Zwischenerkenntnis

Österreichischer Verfassungsgerichtshof. *Zwischenerkenntnis*. In der Klagsache des Landes Tirol gegen den Bund. Wien 2011: 44 S. Internet: http://www.vfgh.gv.at/cms/vfgh-site/attachments/3/5/8/CH0006/CMS1302869804844/klinischer_mehraufwand_tirol_teilerkenntnis_a13-09.pdf.

WVS-NL (2006) Opleidingsfonds 1e Tranche

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Subsidieregeling zorgopleidingen 1e tranche*. In: Staatscourant 2006: 28 december, nr. 252, pag. 66. Internet: <http://www.minvws.nl/includes/dl/openbestand.asp?File=/images/subsidieregeling-zorgopleidingen-1e-tranche-stcrt-versie-tcm19-150636.pdf>.

Welvaarts et al. (2003) DBC

Welvaarts R, Ludwig M, Hodijk J. *Issues in Comparing the DBC and the IR-DRG Patient Classification Systems*. In: Proceedings of the 19th PCS/E International Case Mix Conference, Washington 2003: 234–253.

Westerdijk/Ludwig (2002) DBC structures

Westerdijk M, Ludwig M. *Product Specification by Finding Homogeneous Groups of Care Episodes in Hospital Data*. In: Proceedings of the 18th PCS/E International Case Mix Conference, Innsbruck 2002: 510–521.

Westerdijk et al. (2003) DBC structures

Westerdijk M, Ludwig M, Prins S, Misere B. *Building the DBC Product Structure*. In: Proceedings of the 19th PCS/E International Case Mix Conference, Washington 2003: 366–376.

WIFO et al. (2011) Vorschläge

WIFO (Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung), IHS (Institut für höhere Studien), Rechnungshof: Vorbereitungsgremium Gesundheit. *Lösungsvorschläge Gesundheit*. Wien 2011: 21 S. Internet: http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2011/beratung/verwaltungsreform/Gesundheit/Loesungsvorschlaege_Gesundheit_Experten_konsolidiert.pdf.

Wynn B et al. (2006) Financing med. Education

Wynn B, Guarino C, Morse L, Cho M. *Alternative Ways of Financing Graduate Medical Education*. Working Paper. (RAND) 2006: 158 S. Internet: <http://aspe.hhs.gov/health/reports/06/AltGradMedicalEdu/report.pdf>.

Stichwortverzeichnis

- Add-ons (Niederlande) **134**
 Intensivmedizin 134
 Medikamente 134
- Ambulante Behandlungen
 Grundversorgung 34
 in niederländischen DBCs 132
 Kostenausscheidung 40
 Medicare USA 140
 Verhandeltbare Preise England. 112
- Ambulanzpauschalen 36
- Arzt in Weiterbildung . ▶ Fachärztliche Weiterbildung
 Grossbritannien **90**
- Arztgehälter
 Österreich 63
- Arzthonorare
 England (für Spezialisten) 102
 Niederlande (für Spezialisten) . 132
 USA 157
- Assistenzärzte ▶ Fachärztliche Weiterbildung
 Stellen pro Bett (USA) 150
- Aufgabenbezogene Vergütungen 12, 48
 Österreich 18, **62**, 79
 England 21, **90**, 119
 Niederlande 24, **127**, 137
 USA 27, **146**, 163
- Ausreisser
 Österreich **74**
 England **110**
 Gewichtung 45
 Kostenausscheidung 41
 Niederlande **135**
 USA **159**
 Vergütungsbestandteil 52
 Vergütungsregelungen 54
- Barthel-Index
 Codierung in ICD-10-GM 43
- Basispreis
 Überprüfung 42
 Faktoren (Österreich) **67**, 75
 Faktoren (England) **101**, **102**
 Faktoren (USA) **158**
 Schweiz 42, 48
- Belegarzhonorare
 Kostenausscheidung 41
- Vergütungsbestandteil 52
- Beleghebammen
 Kostenausscheidung 41
- Bereitschaftsdienste ▶ Vorhaltung
- Beste Behandlungspraxis
 Best Practice Tariff (England) . **112**
- Betten
 Assistenzarztstellen pro Bett . **150**
- CC-Listen
 Überprüfung 43
- Codierungslisten
 Erweiterungsmöglichkeiten 43
- DBC-System **132**
- Defizitdeckung
 Österreich **75**
 England 115
 Niederlande 135
 USA 161
 Vergütungsregelungen 54
- Deutschland
 Fachärztliche Weiterbildung ... 37
 Zusatzentgelte 48
- Diagnostik
 Kostenkorrektur 41
 Vergütungsbestandteil 52
- Disease Staging
 Mehrfachgruppierung 44
- DOT-System **132**
- DRG = Diagnosis Related Groups
 ▶ DBC, ▶ DOT, ▶ HRG,
 ▶ LDF, ▶ MSDRG, 29
- DRG-Bezeichnungen
 Komplexität 42
- Duale Finanzierung 40
- Effizienz ▶ Kosten pro DRG-Punkt
 Referenzkostenindex (England) **86**
 Universitäre Mehrkosten 50
- England **83**
- Entbündelung . ▶ Mehrfachgruppierung
- Extremkostenfälle . ▶ Hochkostenfälle
- Fachärztliche Weiterbildung **37**
 Österreich **64**
 Deutschland 37
 Grossbritannien **90**
 Niederlande **127**

Schweiz	37
USA	147
Vergütungsbestandteil	52
Vergütungsregelungen	54
Fallgewichte	
Überprüfung	45
Fallkosten	► Kostenrechnung
FIM	
Codierung in ICD-10-GM	43
Fiskaljahr	
USA	143
Forschung und Lehre	37
Österreich	62
Arbeitszeitanteil	63
England	93
Kostenausscheidung	40
Niederlande	127
Schweiz	37
Vergütungsbestandteil	52
Vergütungsregelungen	54
GDRG-System	
Bezeichnungen	42
Zusatzentgelte	44
Gemeinwirtschaftliche Leistungen	
Kostenausscheidung	40
Grenzwerte	
Überprüfung	44
Grossbritannien	► England
Gruppenbildung	40
Mehrfachgruppierung	43
Zusätzliche Gruppierungskriterien	43
Zusatzgruppierungen	44
Hochkostenfälle	
Extremkostenfälle	36
Kostenausreisser	44
Kostenausscheidung	41
USA	159
Vergütungsbestandteil	52
Homogenisierung	
Patientenkategorien	40
HRG-System	94
Spezialistenzuschlag	102
HRG4-System	94
Mehrfachgruppierung	44, 106
ICD-10-GM	
Codierung von Scores	43
IME multiplier	150
Implantate	
Österreich	74
als Gruppierungskriterium	43
England	111
Kostenausscheidung	41
USA	159
Kostenausreisser	► Hochkostenfälle
Kostendifferenzen	54
Österreich	61
England	86
Niederlande	127
USA	143
Kostengewichte	► Fallgewichte
Kostenrechnung	16, 45, 50
Österreich	77
England	95, 117
Krankenhausplanung	
Österreich	59
Krankenhaustypen	
Österreich	58
USA	38, 142
Krankenversorgung	
Universitätsmedizin	11, 34, 35, 54
Kuppelproduktion	47
Kurzlieger	► Ausreisser
Landkrankenhäuser	
Kostenausscheidung	41
USA	159
Vergütungsbestandteil	52
Vergütungsregelungen	54
Ineffizienz	► Effizienz
Intensivmedizin	
Österreich	72
als Gruppierungskriterium	43
England	107
Kostenausscheidung	41
Niederlande	134
USA	159
Vergütungsbestandteil	52
Vergütungsregelungen	54
Interdisziplinäre Krankenversorgung	36
Onkologie England	112
Investitionskosten	
Österreich	65
England	93
Kostenausscheidung	40
Niederlande	131
USA	156
Vergütungsbestandteil	52
Kapitalkosten	► Investitionskosten
Kardiologie	
England	103
Klinischer Mehraufwand (Österreich)	62
Komplexe Behandlungsfälle	
Vergütungsregelungen	54
Kosten pro DRG-Punkt	11, 29, 47
Österreich (LDF)	14, 18, 69
USA	26, 143
Kostenausreisser	► Hochkostenfälle
Kostendifferenzen	54
Österreich	61
England	86
Niederlande	127
USA	143
Kostengewichte	► Fallgewichte
Kostenrechnung	16, 45, 50
Österreich	77
England	95, 117
Krankenhausplanung	
Österreich	59
Krankenhaustypen	
Österreich	58
USA	38, 142
Krankenversorgung	
Universitätsmedizin	11, 34, 35, 54
Kuppelproduktion	47
Kurzlieger	► Ausreisser
Landkrankenhäuser	

USA	159
Langlieger	► Ausreisser
LaTeX	4
LDF-System	69
Intensivmedizin	44, 72
Mehrfachleistungen	44, 70
Lehre	37
Vergütungsregelungen	54
Lehrintensität	
USA	148
Lehrkrankenhäuser	38
USA	142
Kosten	139
LKF	66
Lohnkostenindex	
► Personalkostenfaktor	
Lokale Preisverhandlungen	
► Preisverhandlungen	
Marktkräftefaktor	
England	101
Medicaid	141
Medicare	140
Medikamente	
Österreich	74
als Gruppierungskriterium	43
England	111
Kostenausscheidung	41
Niederlande	134
USA	159
Vergütungsbestandteil	52
Vergütungsregelungen	54
Mehrfachgruppierung	43
Disease Staging	44
HRG4-System	106
LDF-System	70
Mipp	44
SQLape-System	44
Mipp	
Mehrfachgruppierung	44
Mittellose Patienten	151
Vergütungsregelungen	54
MMSE	
Codierung in ICD-10-GM	43
MSDRG-System	157
Multiple Regression	► Ökonometrische Modelle
Neue Behandlungsmethoden	► NUB
Neue Untersuchungsmethoden	► NUB
Niederlande	123
Notfallbereitschaft	► Vorhaltung
Kostenausscheidung	40
Vergütungsbestandteil	52
Notfalleintritte	
als Gruppierungskriterium	43
England	95, 109, 110, 114
Kostenausscheidung	41
Vergütungsbestandteil	52
Vergütungsregelungen	54
Notfallversorgung	36
Österreich	58
NUB	
Österreich	75
England	115
Niederlande	135
Universitätsmedizin	35
USA	160
Nursing Related Groups	44
Obamacare	► USA Gesundheitsreform
Oekonometrische Modelle	
England	104
USA	154
Oesterreich	57
Onkologie	
England	112
Niederlande	124
Outlier	► Ausreisser
Patientenversorgung	
► Krankenversorgung	
PbR = Payments by Results	94
Pdf-Datei	
aktive Querverweise	33
Personalkostenfaktor	
England	101
USA	158
Vergütungsbestandteil	52
Vergütungsregelungen	54
Polytrauma-Zentren	
Best Practice Tariffs (England)	113
Mehrkosten (USA)	156
PPACA	► USA Gesundheitsreform
Preisverhandlungen	
England	112, 114
England: Flexibilitäten	95, 114, 120
England: Intensivmedizin	107
England: Kardiologie	103
Niederlande	126, 132, 134
Regressionsrechnung	
► Ökonometrische Modelle	
Schweiz	
Fachärztliche Weiterbildung	37
Verhandelbarer Basispreis	42, 48
Seltene Erkrankungen	36
England	102
Vergütungsregelungen	54

SQLape-System	
Mehrfachgruppierung	44
Strukturbezogene Vergütungen	12, 50
Österreich	17, 66
Niederlande	23, 125, 131
Subventionen	► Zuschüsse
Wortgebrauch	41
Transfers	► Verlegungen
Transplantationswesen	
Österreich	65
Transplantationszentren	
Mehrkosten (USA)	156
Traumazentren	► Polytrauma-Zentren
Uebermengen	
Steiermark (Österreich)	68
Unbundled HRGs	► Mehrfachgruppierung: HRG4-System
38	
Österreich	61
England	86
Niederlande	124
USA	142
Universitätsmedizin	35
Krankenversorgung	11, 34, 54
Vergütung Österreich	62
Vergütung England	90
Vergütung Niederlande	125, 127
Vergütung USA	146
USA	139
Gesundheitsreform	139, 153, 159
Verbrennungen	
Intensivmedizin (England)	112
Mechanische Beatmung (USA)	159
Mehrkosten (USA)	156
Vergütungsmodell	
Modifikationsmöglichkeiten	42
Verlegungen	
Kostenkorrektur	41
Vergütungsbestandteil	52
Versorgungsforschung	35
Versorgungsstufen	34
Verweildauer	
Überprüfung der erwarteten Dauern	44
Vollzeitstellen	
Ärzte	148
Vorhaltung	30, 36
Intensivmedizin (England)	108
Kostenausscheidung	40
Vergütungsregelungen	54
Vorhaltungskosten	16, 50
Vorstationäre Leistungen	
Vergütungsbestandteil	52
Weiterbildung	► Fachärztliche Weiterbildung
Wiedereintritte	
England	109
Kostenkorrektur	41
USA	159
Vergütungsbestandteil	52
Wirtschaftlichkeit	► Effizienz
Zusatzentgelte	► Zusatzgruppierungen
Zusatzgruppierungen	► Implantate, ► Intensivmedizin, ► Medikamente, 45
Zuschüsse	
Österreich	62, 65
England	91
Kostenkorrektur	41
Niederlande	125, 127, 131
USA	147
Wortgebrauch	41
Zuschlagsfaktor	
USA	148