



**Effizienteres
Krankenhausmanagement
durch DRGs?**

Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH FFPH

FG Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin
(WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management)

&

European Observatory on Health Systems and Policies

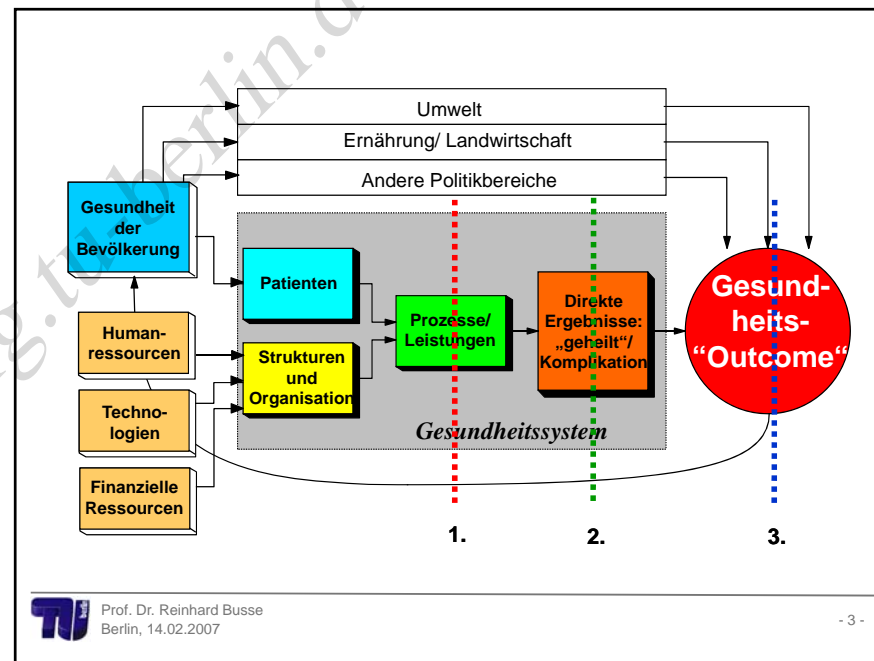


European
Observatory
on Health Systems and Policies

1. Was heißt „Effizienz“ im Krankenhaus?
2. Können Vergütungsmechanismen (hier: DRGs) einen Einfluss darauf nehmen?
3. Beobachten wir in Deutschland tatsächlich eine solche Veränderung?

Was ist der Krankenhaus-„Output“?

1. mehr „Leistungen“ (Operationen, Bettentage, Fälle)? Und falls ja, soll der Gesundheitszustand der Patienten berücksichtigt werden?
2. gute Gesundheit zum Entlassungszeitpunkt? Und falls ja, soll der ursprüngliche Gesundheitszustand der Patienten berücksichtigt werden?
3. (mittelfristig) Erhalt bzw. Schaffung von besserer Gesundheit? (ggf. auch nur durch Bereitstellung von [nicht genutzten] Kapazitäten)



Wie können wir Krankenhäuser bezahlen?

1. Pauschal = Budget
2. pro Operation etc., Bettentag, Fall, pauschal (d.h. für alle Patienten gleich) oder differenziert nach Abteilung, nach Diagnose, Schweregrad ...
3. nach Erfolg (zum Entlassungszeitpunkt) - derzeit allenfalls als Zu- bzw. Abschlag
4. nach Erhalt bzw. Schaffung von besserer Gesundheit

Vergütungsform	Stärken	Schwächen
Budget	<ul style="list-style-type: none"> - administrativ einfach - macht unabhängig von Patientenforderungen 	<ul style="list-style-type: none"> - wirkt tendenziell produktivitäts-/leistungsenkend - verlangt wenig wirtschaftliches Handeln - tendenziell Bildung von Warteschlangen und Abweisung von Patienten wegen „Überlastung“ - rasche Überweisung an andere Behandler - Patientenbedürfnisse können tendenziell vernachlässigt werden
Tagespflegesatz	<ul style="list-style-type: none"> - ermöglicht grundsätzlich zuwendungsorientierte Versorgung - Anpassung an höheren Leistungsbedarf möglich - administrativ einfach 	<ul style="list-style-type: none"> - normalerweise nicht angepasst an Leistungsbedarf - enthält Anreize zur Selektion nach dem Schweregrad (Abweisung von aufwändigen Fällen) - verlängert Liegezeit ggf. unnötig
Fallpauschale	<ul style="list-style-type: none"> - Entlohnung grundsätzlich gut mit den zu erbringenden Leistungen verknüpfbar - bietet Anreize zu effizienter Behandlung 	<ul style="list-style-type: none"> - enthält Anreize zur Selektion nach dem Schweregrad (Abweisung von schweren Fällen) - tendenziell unzureichende Behandlung von Patienten möglich - grundsätzlich ist es möglich, falsche Diagnosen anzugeben, um eine höhere Fallpauschale abrechnen zu können - leichte Tendenz zur Fallausweitung - für viele Leistungsbereiche schwierig festzulegen
Einzeleinstellungsvergütung	<ul style="list-style-type: none"> - leistungsbezogene Vergütung grundsätzlich möglich (aber Problem der Kostenbestimmung) - tendenziell produktivitäts-/leistungssteigernd - Setzen von Anreizwirkungen für gewünschte Leistungen möglich 	<ul style="list-style-type: none"> - enthält Anreize zur Leistungsausweitung (überzogene Leistungen) - Anreize zu Leistungsverschiebungen (Tendenz zu delegierbaren und technischen, also die Arbeitszeit des Arztes wenig beanspruchenden Leistungen) - löst tendenziell eine Kostenspirale aus
Kostenerstattung	<ul style="list-style-type: none"> - ermöglicht grundsätzlich gediegenes Arbeiten 	<ul style="list-style-type: none"> - verlangt wenig wirtschaftliches Handeln - führt tendenziell zu ineffizienter Leistungserbringung - eventuell Abrechnung nicht leistungsbezogener Kosten

Vergütungsform	Stärken	Schwächen
Budget	<ul style="list-style-type: none"> - administrativ einfach - macht unabhängig von Patientenförderungen 	<ul style="list-style-type: none"> - wirkt tendenziell produktivitäts-/leistungsenkend - verlangt wenig wirtschaftliches Handeln - tendenziell Bildung von „Überleistung“ - Abweisung von „Überleistung“ - rasche Umstellung an andere Behandler - Patientenbedürfnisse können tendenziell vernachlässigt werden
Tagespflegesatz	<ul style="list-style-type: none"> - ermöglicht grundsätzlich zuwendungsorientierte Versorgung - Anpassung an höheren Leistungsbedarf möglich - administrativ einfach 	<ul style="list-style-type: none"> - normalerweise nicht angepasst an Leistungsbedarf - enthält Anreize zur Leistungssteigerung (Abweisung von „Überleistung“) - verlängert ggf. unnötig
Fallpauschale	<ul style="list-style-type: none"> - Entlohnung grundsätzlich gut mit den zu erbringenden Leistungen verknüpfbar - bietet Anreize zu effizienter Behandlung 	<ul style="list-style-type: none"> - enthält Anreize zur Selektion nach dem Schweregrad (Abweisung von schweren Fällen) - tendenziell unzureichende Behandlung von Patienten möglich - grundsätzlich ist es möglich, falsche Diagnosen anzugeben, um eine höhere Fallpauschale abrechnen zu können - leichte Tendenz zur Fallausweitung - für viele Leistungsbereiche schwierig festzulegen
Einzelleistungsvergütung	<ul style="list-style-type: none"> - leistungsbezogene Vergütung grundsätzlich möglich (aber Problem der Kostenbestimmung) - tendenziell produktivitäts-/leistungssteigernd - Setzen von Anreizwirkungen für gewünschte Leistungen möglich 	<ul style="list-style-type: none"> - enthält Anreize zur Leistungsausweitung (überzogene Leistungen) - Anreize zu Leistungsverschiebungen (Tendenz zu delegierbaren und technischen, aber zeitintensiven Leistungen) - Anreize zu Leistungsverschiebungen (Tendenz zu delegierbaren und technischen, aber zeitintensiven Leistungen) - löst tendenziell eine „Überleistung“ aus
Kostenersatzung	<ul style="list-style-type: none"> - ermöglicht grundsätzlich gediegenes Arbeiten 	<ul style="list-style-type: none"> - verlangt wirtschaftliches Handeln - führt tendenziell zu ineffizienter Leistungserbringung - eventuell Abrechnung nicht leistungsbezogener Kosten

Fallpauschalen (DRGs = diagnosis-related groups): Logik und Anwendung in Deutschland



Die GKV-Gesundheitsreform 2000

Kernpunkt der Reform ist die Einführung von DRGs im stationären Sektor

§ 17 b KHG - Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems

(1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ist für alle Krankenhäuser, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt, ein **durchgängiges, leistungsorientiertes** und **pauschalierendes Vergütungssystem** einzuführen ...

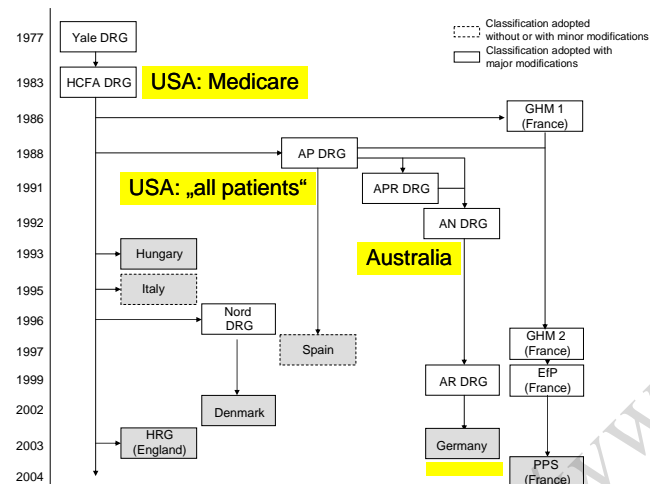
Das Vergütungssystem hat **Komplexitäten und Comorbiditäten** abzubilden; sein **Differenzierungsgrad soll praktikabel sein** ...

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren entsprechend den Vorgaben der Absätze 1 und 3 mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Vergütungssystem, das sich an einem **international bereits eingesetzten** Vergütungssystem auf der Grundlage der **Diagnosis Related Groups (DRG)** orientiert, einschließlich der Punktwerte sowie seine Weiterentwicklung und Anpassung an die medizinische Entwicklung und an Kostenentwicklungen.

Erläuterungen zu § 17b KHG

- **durchgängig** heißt: alle stationären Leistungen eines Krankenhauses sollen zur Abrechnung herangezogen werden und das Fallpauschalensystem ist für alle Patienten gleichermaßen gültig, unabhängig davon, ob es sich um Mitglieder der GKV, der PKV oder um selbstzahlende Patienten handelt (Ausnahme Wahl- und Komfortleistungen)
- **leistungsorientiert** heißt: es wird nach Aufwand der Leistung vergütet, im Gegensatz zum tagesgleichen Pflegesatz
- **pauschalierend** heißt: Gleichartige Fälle werden zu abrechnungsfähigen Fallgruppen zusammengefasst (eben pauschaliert). Nicht die tatsächlichen Kosten eines Falles sind abrechnungsrelevant, sondern die durchschnittlichen!

Internationale Perspektive



Grundzüge von DRG-Systemen

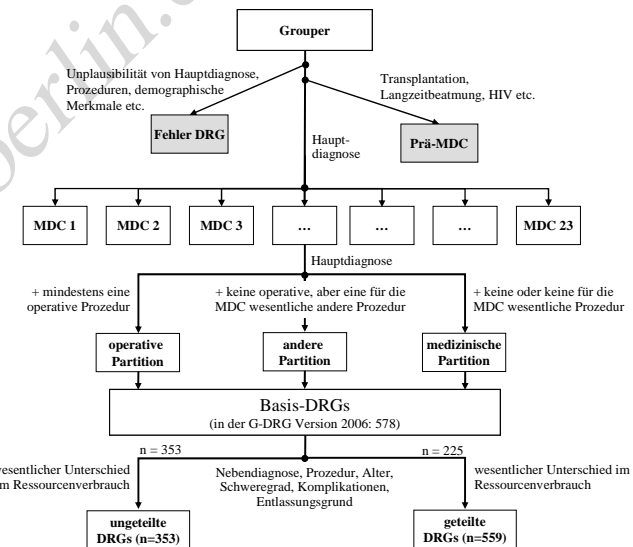
- Systeme zur Klassifizierung von stationären Behandlungsfällen dar (sog. Patientenklassifikationssystem)
- Aufbauend auf der Patientenklassifikation werden sie als Vergütungssysteme verwendet
- DRGs sind **diagnosebezogene kostenhomogene Gruppen** von stationären Behandlungsfällen
- ein Behandlungsfall kann **nur in eine Gruppe** (DRG) eingeordnet werden
- **Fallgruppenzuordnung:** Durch einen **Gruppierungsalgorithmus** (Entscheidungsbaum) wird jeder Behandlungsfall anhand verschiedener **Kriterien des Entlassungsdatensatzes** genau einer der DRG-Fallgruppen zugeordnet.

Grundzüge von DRG-Systemen

- Systeme zur Klassifizierung von stationären Fällen dar (sog. **Patientenklassifikationssystem**)
- Aufbauend auf der Patientenklassifikation verwendet
- DRGs sind **diagnosebezogene kostenhomogene Gruppen** von stationären Behandlungsfällen
- ein Behandlungsfall einer **Gruppe (DRG)** eingeordnet werden
- **Fallgruppe** einen **Gruppierungsalgorithmus** (Entscheidungskriterien) anhand verschiedener **Kriterien des Entlassungsstatus** genau einer der DRG-Fallgruppen zugeordnet.

Ermittelt mit Istkosten, die von sog. Kalkulationshäusern erfasst werden.

Kostendämpfung nicht primäres Ziel.



Zentrales Spannungsfeld für Fallpauschalensysteme

Kostenhomogenität
(kostenhomogene Fallgruppen)

Praktikabilität
(überschaubare Zahl an Fallgruppen)

Ziel:
möglichst hoher Differenzierungsgrad

Ziel:
möglichst geringe Zahl an Fallgruppen

Maximum:
Einzelfallvergütung

Maximum:
Einheitliche Fallpauschale

Vorteil:
hohes Maß an Leistungsgerechtigkeit
geringe Anreize zur Risikoselektion

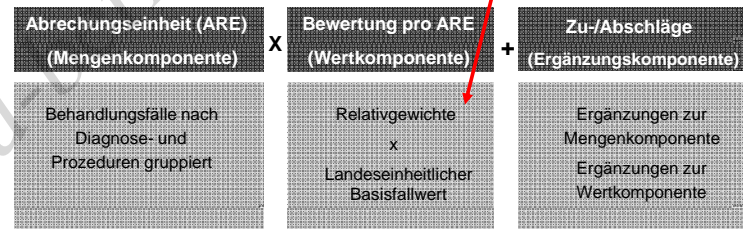
Vorteil:
Geringes Maß an Komplexität

Nachteil:
schwer beherrschbare Komplexität

Nachteil:
Geringes Maß an Leistungsgerechtigkeit
Starke Anreize zur Risikoselektion

← **Entwicklung in Deutschland**

DRGs als zentrale Vergütungskomponente



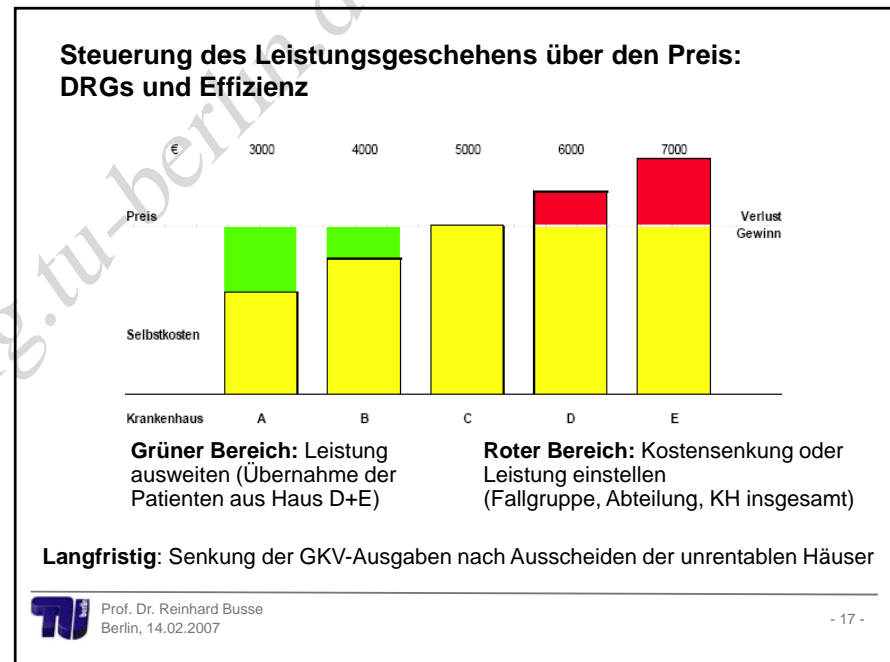
Begrenzung durch Budgetvorgabe

Politisches Gebot der Beitragsstabilität § 71 SGB V

Bestandteile der Krankenhausvergütung nach Erlösarten und Zu- und Abschlägen

bundeseinheitliche Vorgaben ¹⁾		Krankenhausindividuelle Verhandlungen	
Notfallversorgung (§ 17b Abs. 1 S. 4 KHG i.V.m. § 4 Abs. 5 S. 2 KHEntgG)	Zuschläge für Langlieger (§ 1 Abs. 2 FPV 2006)	DRGs ohne bundeseinheitliche Bewertung (n = 40) (Anlage 3 FPV 2006 i.V.m. § 6 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 KHEntgG)	neue U&B-Methoden (§ 6 Abs. 2 KHEntgG)
Begleitpersonen (§ 17b Abs. 1 S. 4 KHG)		Zusatzentgelte ohne bundeseinheitliche Bewertung (n = 42) (Anlage 4 und 6 FPV 2006)	Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte (§ 5 Abs. 3 KHEntgG)
Qualitätssicherungs-Zu- und Abschläge (§ 7 S. 1 Nr. 7 KHEntgG)		teilstationäre Leistungen (§ 6 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 KHEntgG)	Ausbildungszuschlag (§ 17a KHG)
Abschläge für Kurzlieger und frühzeitige Verlegungen (§ 1 Abs. 3 und § 3 FPV 2006)		Gesonderte Zusatzentgelte für nicht sachgerecht vergütete, hochspezialisierte Leistungen (§ 6 Abs. 2a KHEntgG)	Sicherungszuschlag (§ 5 Abs. 2 KHEntgG)
		ausländische Patienten (§ 4 Abs. 10 KHEntgG)	IV-Verträge ²⁾
		Bundeseinheitliche Zusatzentgelte (n = 41) (Anlagen 2 und 5 FPV 2006)	
		effektiver Case-Mix	Andere Erlöse mit Ausgleich (Erlössumme § 6 Abs. 3 KHEntgG)
		Case-Mix	
		Erlösbudget	

1) Ausnahme: Einstufung als besondere Einrichtung nach FPVBE 2005
 2) Nur Vergütung des zusätzlichen Leistungsanteils der integrierten Versorgung, der noch nicht über das Krankenhausbudget finanziert wird (§ 140d Abs. 4 SGB V).



Zentrale Grundannahme für adäquate Steuerung über den Preis

Gewinner = wirtschaftliche Krankenhäuser

Verlierer = unwirtschaftliche Krankenhäuser

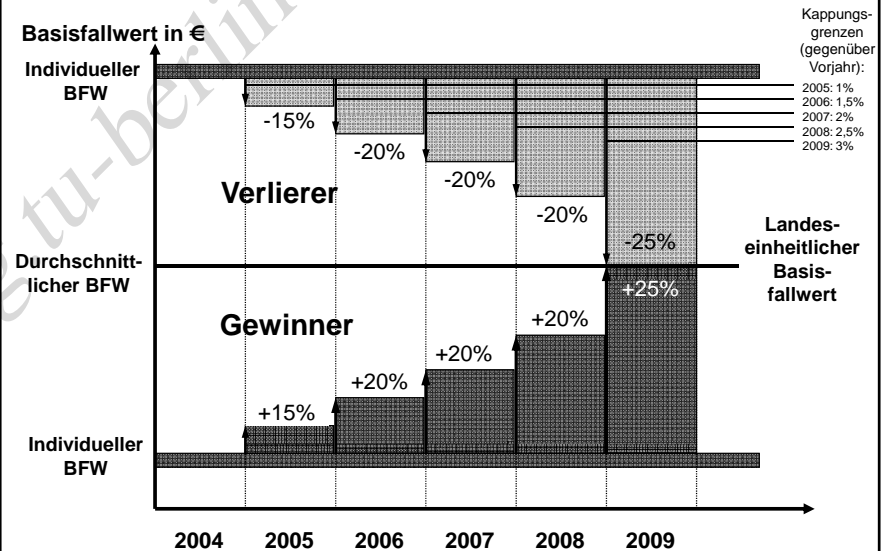
d.h.

Gewinne können nur durch Wirtschaftlichkeit
und

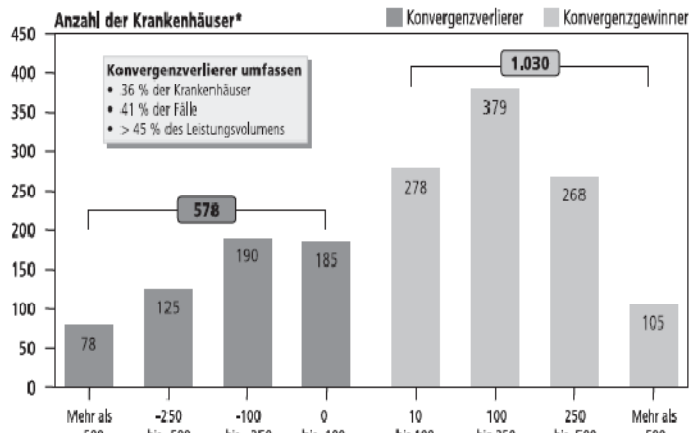
Verluste können nur durch Unwirtschaftlichkeit
entstehen

→ impliziert eine „gerechte“ Verteilung
von guten und schlechten Risiken!!!

Aber nicht von heute auf morgen: Die Konvergenzphase

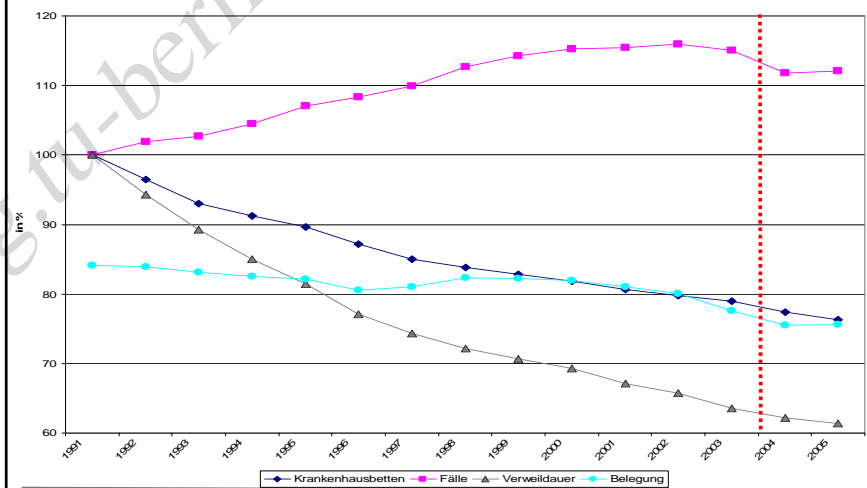


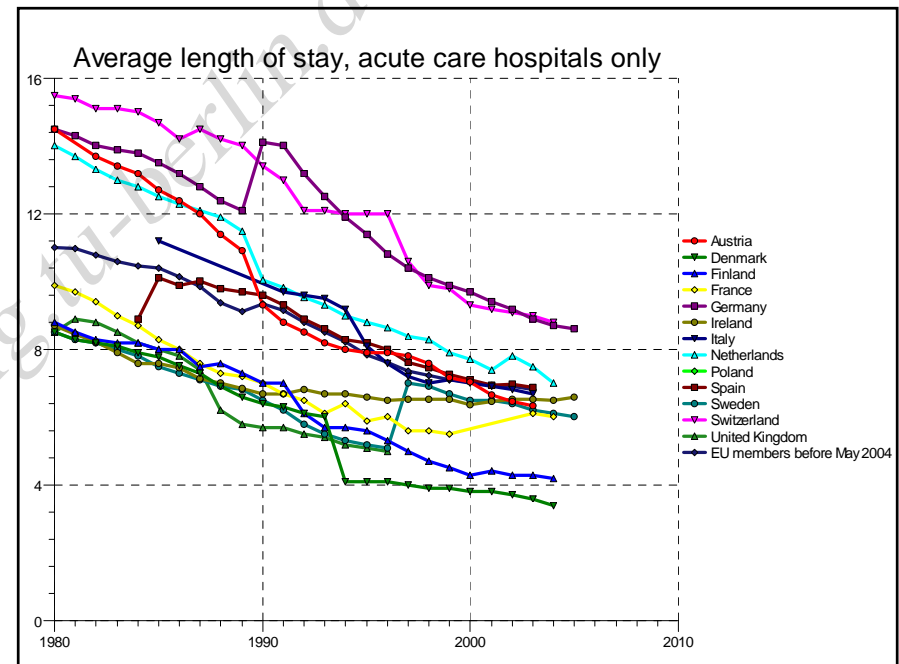
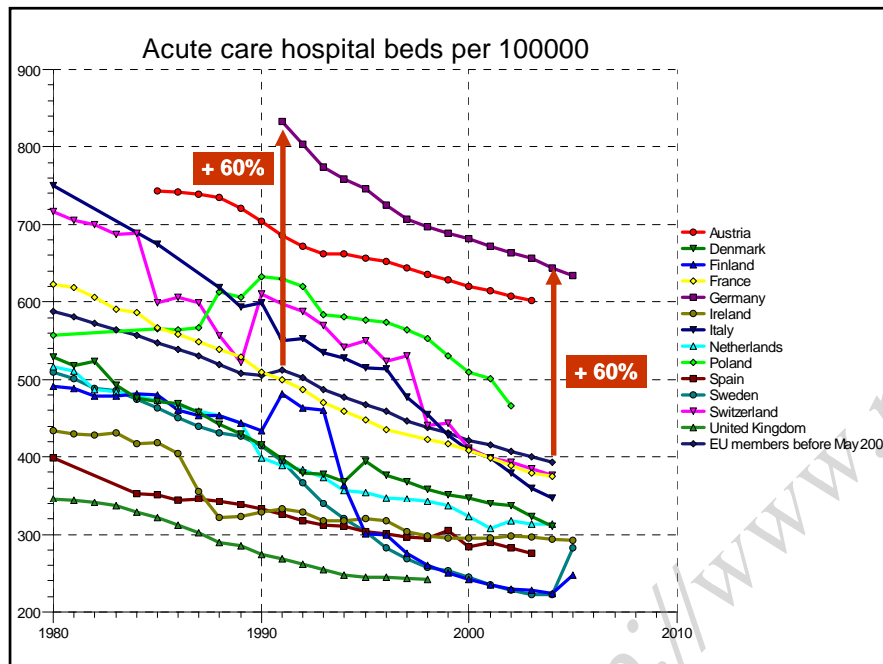
Gewinner und Verlierer: Abweichung vom Landesbasisfallwert (LBFW)



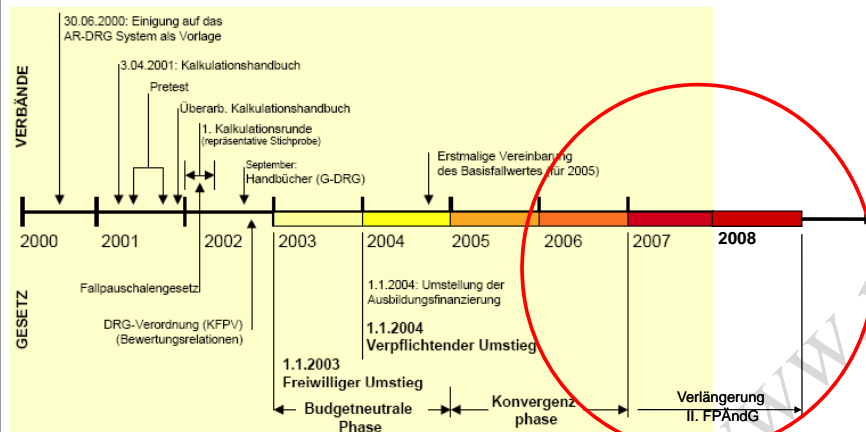
BFW > LBFW (Anpassung nach unten!) **BFW < LBFW (Steigerung in Konvergenzphase)**

Entwicklung der Krankenhausbetten, Verweildauer, Fallzahlen und Belegung seit 1991





DRGs: Wie geht es weiter?



Offene Fragen für den künftigen ordnungspolitischen Rahmen

„**Rechtzeitig** vor Abschluss der Konvergenzphase zwischen altem und neuem Finanzierungssystem muss der Ordnungsrahmen der Krankenhausversorgung dieser Entwicklung angepasst werden.“

- **Fest- bzw. Einheitspreise, Höchstpreise oder Richtpreise?**
- Verhandlungsebene: **Bund oder Länder** bzw. Bundes- oder Landesbasisfallwerte
- Berücksichtigung von **Strukturkomponenten, Inputpreis-Faktoren** (siehe Australien und Großbritannien)
- **Mengenregelung, Budgetaufgabe**
- **Verhandlungspartner:** gemeinsam und einheitlich vs. selektiv

(Quelle: Tuschen/Trefz 2004)

Darstellung Selektives Preissystem

