

DISTRIBUTION STATEMENT A

~~Approved for Public Release~~

Distribution Unlimited



9. Neubiberger Krankenhausforum

**Einführung eines
DRG-Fallpauschalensystems**

Hoffnungen und Ängste

Prof. Dr. Günter Neubauer

Jens Nothnagel

8. Juni 2000

Form Approved OMB No. 0704-0188

1. AGENCY USE ONLY (Leave blank)

2. REPORT DATE

June 2000

3. REPORT TYPE AND DATES COVERED

Research Report

Einführung eines DRG-Fallpauschalensystems – Hoffnungen und Ängste

(Introduction of a Diagnosis Related Groups' Case Flat Rate System: Hopes and Fears)

5. FUNDING NUMBERS

6. AUTHOR(S)

Guenter Neubauer and Jens Nothnagel

7. PERFORMING ORGANIZATION NAME(S) AND ADDRESS(ES)

UNIBW

9. SPONSORING/MONITORING AGENCY NAME(S) AND ADDRESS(ES)

Universitaet fuer der Bundeswehr Muenchen
Fakultaet fuer Wasserwesen
Werner-Heisenberg-Weg 39
D-85577 Neubiberg GERMANY

10. SPONSORING/MONITORING AGENCY REPORT NUMBER	
---	--

11. SUPPLEMENTARY NOTES

Text in German, 79 pages.

12a. DISTRIBUTION/AVAILABILITY STATEMENT

Category A; Public Release.

12b. DISTRIBUTION CODE

ABSTRACT (Maximum 200 words)

This report endorses the introduction of an all-inclusive and comprehensive flat rate of deductible system of medical payment on the basis of DRGs, or Diagnosis Medical Groups. The suggestions and ideas brought forward were collected at the ninth Neuberg Hospital Forum in June 2000 and represent seven physicians' views on the matter, from economic feasibility; social need; and improved, long-term general welfare to the political and legal obstacles that inevitably will surface during this campaign.

Machine assisted translation.

14. SUBJECT TERMS

UNIBW, German, Flat-rate medical services, German medicine, Ninth Neubiberg Hospital Forum, Diagnosis medical groups

15. NUMBER OF PAGES

16. PRICE CODE

17. SECURITY CLASSIFICATION OF REPORT

UNCLASSIFIED

18. SECURITY CLASSIFICATION OF THIS PAGE

UNCLASSIFIED

19, SECURITY CLASSIFICATION
OF ABSTRACT

UNCLASSIFIED

20. LIMITATION OF ABSTRACT

UL



9. Neubiberger Krankenhausforum

**Einführung eines
DRG-Fallpauschalensystems**

Hoffnungen und Ängste

Prof. Dr. Günter Neubauer

Jens Nothnagel

20050930 066

8. Juni 2000

AQ F05-12-4468

Vorwort

Für die Krankenhäuser ist im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 eine zukunftsweisende Entscheidung gefallen: die Einführung eines flächen-deckenden, umfassenden pauschalierten Vergütungssystems auf der Basis von Diagnosis Related Groups (DRG's). Welches DRG-System konkret genommen werden sollte, mußte die gemeinsame Selbstverwaltung bis zum 30. Juni 2000 entscheiden. Diese Entscheidung ist gefallen. Die Wahl fiel auf das australische System, die sogenannte Australian Refined DRG-Version 4.1. Damit ist ein erster wichtiger Schritt getan. Aus dieser Sicht war das Thema des 9. Neubiberger Krankenhausforums **„Einführung eines DRG-Fallpauschalensystems - Hoffnungen und Ängste“** äußerst aktuell.

Der vorliegende Band faßt die Vorträge des 9. Neubiberger Krankenhausforums zusammen. Die verschiedenen Auswirkungen, welche durch die Einführung verschiedener DRG-Systeme sowohl in medizinischer als auch in ökonomischer Hinsicht zu erwarten sind, standen im Mittelpunkt der Vorträge. Ein besonderer Schwerpunkt lag hierbei auf der organisatorischen Vorbereitung der Krankenhäuser hinsichtlich der erforderlichen Dokumentationsqualität. Weiterhin wurden auch die möglichen Anreizwirkungen aus ökonomischer Sicht diskutiert. Von besonderem Interesse war hierbei die Vorstellung der französischen Erfahrungen mit den GHM, einem ebenfalls fallbasierten System, durch Prof. Dr. D. Tonneau.

Das Gelingen des Forums verdanken wir den engagierten Referenten, den erschienenen Gästen sowie den studentischen Mitarbeitern der Universität der Bundeswehr, die uns bei der Vorbereitung und Durchführung der Veranstaltung unterstützt haben. Nicht zuletzt gilt unser besonderer Dank der B. Braun-Stiftung, Melsungen, die auch das 9. Neubiberger Krankenhausforum, wie alle vorhergehenden, finanziell unterstützte und die Durchführung der Veranstaltung in dieser Form erst ermöglicht hat.

Die Veranstalter

Prof. Dr. G. Neubauer
(Leitung)

J. Nothnagel
(Organisation)

Inhalt

Vorwort	1
Einführung in die Thematik	3
<i>Günter Neubauer</i> Universität der Bundeswehr München	
Neuordnung der Krankenhausvergütung	15
<i>Gerhard Knorr</i> Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit	
Bleibt der medizinisch-technische Fortschritt auf der Strecke?	20
<i>Joachim M. Schmitt</i> Geschäftsführer Bundesfachverband Medizinprodukteindustrie e.V.	
Erste Erfahrungen mit einem DRG-System: Wer muß sich fürchten?	26
<i>Harald W. Bachleitner</i> Verwaltungsdirektor Städtisches Krankenhaus München- Schwabing	
DRG-System in Frankreich – Stand der Erfahrungen	39
<i>Dominique Tonneau</i> CGS-Ecole de mines Paris	
Einführung eines DRG-Systemes aus der Sicht der Bayerischen Krankenhausgesellschaft	50
<i>Herbert Franz</i> Referent für Krankenhausfinanzierung und Pflegesatzfragen Bayerische Krankenhausgesellschaft	
Einführung eines DRG-Systemes aus der Sicht der AOK-Bayern	62
<i>Thomas Gabler</i> Krankenhausabteilung der AOK Bayern	
Schlußbemerkungen	80

Einführung in die Thematik

Prof. Dr. Günter Neubauer

1. Globale sozio-ökonomische Trends

Drei sozio-ökonomische Trends beherrschen weltweit die Entwicklung und sind somit auch für die Krankenhausversorgung von Bedeutung.

An erster Stelle ist die **weltweite Verfügbarkeit** von technologischen und ökonomischen Neuerungen zu nennen. Diese Globalisierung von Innovationen stellt für jede Gesellschaft eine Herausforderung dar. Es geht weniger darum, ob die Neuerungen angenommen werden, als in welcher Form und welche Geschwindigkeit solche Neuerungen die Gesellschaft durchdringen sollen. Doch auch bei der Einflußnahme auf das Tempo sind die nationalen Regierungen mehr und mehr machtlos. Dies nicht zuletzt deswegen, weil die neuen Informations- und Kommunikationstechnologien grenzüberschreitend wirken und somit sich der Kontrolle durch politische Administration entziehen können. Je mehr sich die Informationen von der Bindung an Festnetze lösen, um so weniger können die Informationsströme kontrolliert werden.

Ähnlich wie die weltweite Verfügbarkeit von Technologien ist auch die weltweite Mobilität der Menschen ein grenzüberschreitender Moment. Jährlich wandern Millionen von Menschen beruflich oder als Touristen über die Grenzen und lernen damit neue Gesellschaftsformen und Lebensweisen kennen. Dies führt aber auch dazu, daß die Übernahme von Lebensformen, die als vorteilhaft erachtet werden, immer weniger an nationalen Grenzen halt macht. Wir erleben auch hier eine Globalisierung über den Weg der weltweiten Wanderung. Wenn eine Nation es versuchen wollte, bestimmte Neuerungen auf ihrem Territorium zu verbieten, müßte sie zugleich auch die Wanderung der Menschen über die Grenzen hinweg verbieten. Dies können nur totalitäre Systeme durchsetzen, während demokratische offene Gesellschaften sich dem Willen ihrer Bürger unterwerfen müssen.

Schließlich ist der weltweite Siegeszug der Leistungsgesellschaft nicht zu unterschätzen. Mit dem Zusammenbruch der sozialistischen Regimes im Osten, ist die Leistungsgesellschaft mehr und mehr zum Leitbild für alle Industrieländer geworden. Wenn auch viele Länder und Kulturen nur sehr zögerlich dieses Vorbild akzeptieren, so sind sie doch, auch aufgrund der o. g. Globalisierungen, dem Zug hin zur Leistungsgesellschaft stetig ausgesetzt, Vor allem die Akzeptanz der Leistungsgesellschaft als Leitbild hat für den Gesundheits- und Sozialbereich weitreichende Folgen, die im weiteren noch zu behandeln sind.

2. *Auswirkungen globaler Trends auf die Krankenhausversorgung in Deutschland*

Ausgehend von den o. g. Trends lassen sich drei spezifische Konsequenzen für die Krankenhausversorgung ausmachen, die im weiteren kurz beschrieben werden.

(1) Der medizinisch-technische Fortschritt

Der medizinisch-technische Fortschritt wird zu einem bestimmenden Faktor der Krankenhausleistungen. Er führt in den Krankenhäusern zu einer schrittweisen Zurückdrängung der Pflegekomponente zugunsten der diagnostischen und therapeutischen Leistungen. Das bedeutet zugleich, daß die Zahl und Intensität der Behandlungsfälle zunimmt, während die Behandlungsdauer zurückgeht. Die Krankenhäuser entwickeln sich mehr und mehr von einer Pflegeinstitution hin zu einem High-Tech-Betrieb.

(2) Patientenwanderungen

Kommt der medizinische Fortschritt nicht zu den Patienten, so kommen die Patienten zum medizinischen Fortschritt, so könnte man heute die moderne Entwicklung bezeichnen. Dabei darf man nicht verkennen, daß schon immer wohlhabende Patienten aus armen Ländern zu dem medizinischen-technischen Fortschritt in wohlhabende Länder gewandert sind, um dort den vollen Stand der medizinisch-technischen Behandlungsmög-

lichkeiten zu nutzen. Doch wird dies mehr und mehr auch zu einer realen Möglichkeit für den Durchschnittsbürger. Insbesondere im europäischen Raum können Patienten zunehmend freizügig über die Grenzen wandern, um zum Ort der besten medizinischen Behandlungsmöglichkeiten zu gelangen.

Die Konsequenz daraus ist, daß es keinen Sinn macht, wenn ein Land versuchen sollte, medizinische Innovationen den Bürgern vorzuenthalten. Das bedeutet aber auch, daß eine flexible Vergütung einzuführen ist, welche den medizinischen Fortschritt unterstützt, ohne ihn unbezahlbar zu machen. Insbesondere sind die vollen Nutzungskosten jedem Patienten mitzugeben, da Subventionierungen von Leistungen eine Subventionierung ausländischer Patienten durch inländische Steuerzahler bedeuten würde.

(3) Effizienzforderung an die Krankenhäuser

Krankenhäuser werden mehr und mehr an ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und nicht an ihrem sozialen Wollen gemessen. Das bedeutet, daß leistungsbezogene Vergütungen zu einem Muß werden. Gleichzeitig müssen sich kommunale Einrichtungen dem Wettbewerb mit privaten Einrichtungen stellen, da bei einer leistungsbezogenen Vergütung die Markt-Zugangschancen für alle Einrichtungen und Trägergruppen gleich sind. Die Forderung nach betriebswirtschaftlicher Effizienz führt aber auch dazu, daß die Krankenhäuser keine soziale Ausgleichsfunktion mehr übernehmen können, sondern diese an die Krankenkassen oder an den Staat abgeben.

Vor diesem Hintergrund ist die anstehende Neuordnung der Krankenhausvergütung als eine logische Weiterentwicklung der schon seit einiger Zeit wirksamen, oben beschriebenen Trends zu verstehen.

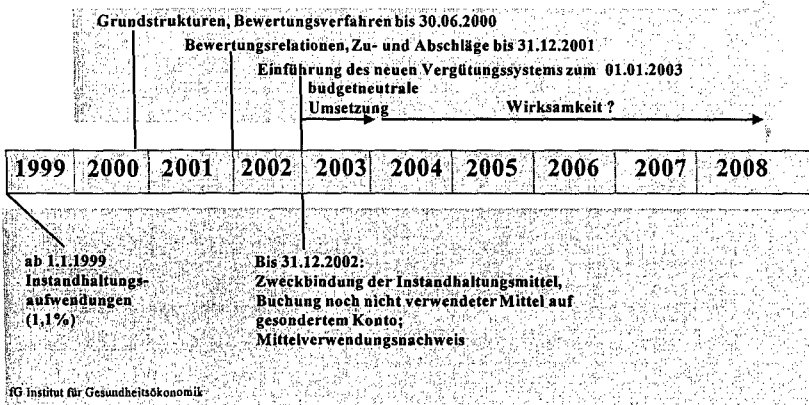
3. Zeitplan für die Vergütungsreform

Der Zeitplan für die Vergütungsreform ist im nachstehenden Schaubild dargestellt. Er zeigt eine sehr ambitionierte politische Zeitplanung. Wäre doch Deutschland das erste Land weltweit, daß in so einer kurzen Zeit ein DRG-System für alle Patienten seines Landes eingeführt hätte. Vor allem aber muß darauf hingewiesen werden, daß die Umsetzung der

neuen Vergütungssystematik in ihre ökonomische Wirksamkeit ab dem Jahr 2004 sicherlich in dieser straffen Form nicht durchhaltbar ist.

Es ist daher schon aus heutiger Sicht abzusehen und auch zu fordern, daß die Umsetzung in Schritten vorgenommen wird. Das bedeutet, daß die Angleichung der jetzigen Vergütung an die neue Vergütung in drei oder vier Jahresschritten zu erfolgen hätte. Immerhin hat die Selbstverwaltung den ersten Schritt, nämlich die Auswahl des DRG-Systems selbst plangemäß zum 30.06.2000 geschaffen. Daß gleichzeitig die Festlegung des Bewertungsverfahrens noch verschoben wurde, ist verständlich und zeigt heute schon an, daß es insgesamt zu einer zeitlichen Verzögerung des Umsetzungsplanes sicherlich kommen wird.

Krankenhausvergütung: Einführung eines pauschalierten Vergütungssystems



4. Module des neuen Vergütungssystems

Wir haben oben schon darauf hingewiesen, daß die Einführung einer leistungsorientierten Vergütung für Krankenhäuser dem Leitbild einer Leistungsgesellschaft folgt. Eine leistungsorientierte Vergütung hat, systematisch betrachtet vier Module, die aneinander gefügt erst das gesamte System ausmachen. In der nächsten Abbildung haben wir diese vier Module nebeneinander gestellt.

Es sind dies:

- Leistungseinheiten, die zugleich auch als Abrechnungseinheiten dienen,
- die leistungsorientierte Vergütung pro Leistungseinheit; bei ihr wird festgelegt, wie hoch die Vergütung pro definierter Leistungseinheit sein soll,
- Zusatzleistungen, sie sind erforderlich um schlecht abgebildete oder gar nicht abgebildete Leistungseinheiten eines Krankenhauses entsprechend in die Vergütung einzufügen,
- Leistungsorientierte Vergütung pro Zusatzleistung, bei ihr wird ähnlich wie oben festgelegt, in welcher Höhe Zusatzleistungen zu vergüten sind.

$$\begin{array}{l} \text{Leistungsorientierte Vergütung} = \\ \text{Leistungseinheiten} \times \text{leistungsorientierte Vergütung} \\ \text{pro Leistungseinheit} \\ + \\ \text{Zusatzleistungen} \times \text{leistungsorientierte Vergütung} \\ \text{pro Zusatzleistung} \end{array}$$

Institut für Gesundheitsökonomik 05/2000

Wenn nun diese allgemeinen Leistungsmodule spezifisch umgesetzt werden in Richtung eines DRG-Vergütungssystems, so ergeben sich insgesamt fünf systematische Schritte, die erforderlich sind, um die heutige Vergütung in ein neues System umzuformen.

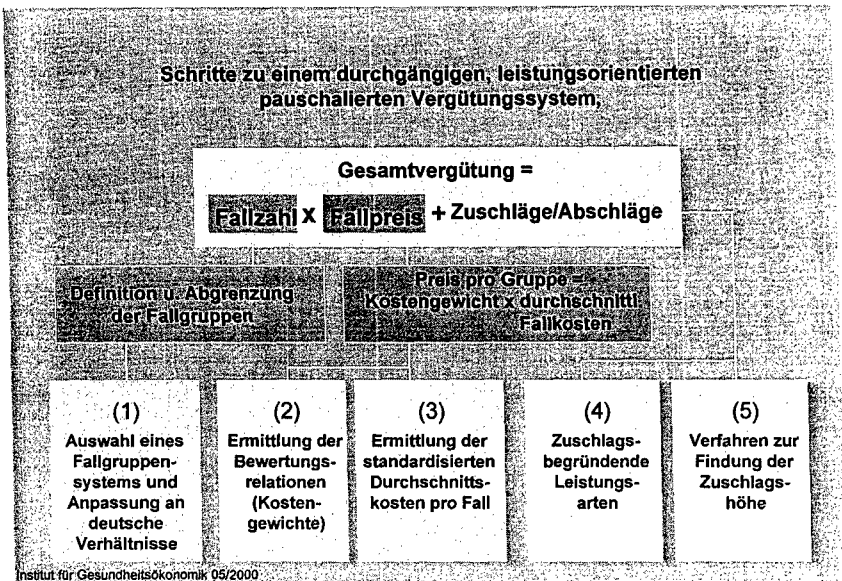
- (1) Der erste Schritt ist die Auswahl eines Fallgruppierungssystems und dessen Anpassung an deutsche Verhältnisse. Hierfür ist die Entscheidung am 27. Juni dieses Jahres bereits gefallen. Als Fallgruppensystem wurde das australische DRG-System gewählt.
- (2) Der zweite Schritt, die Ermittlung der Bewertungsrelationen bzw. Kostengewichte soll erst im Jahr 2001 durchgeführt werden. In seinem Vorfeld wird allerdings bereits im Herbst 2000 eine Kalkulationssystematik entwickelt, die dann die Grundlage für die konkrete Erhebung der Kostendaten bilden soll.
- (3) Der dritte Schritt, die Ermittlung der standardisierten Durchschnittskosten pro Fall, oder auch der sog. Base-Rate sieht von außen gesehen relativ einfach aus. Gleichwohl ist hier zu klären, ob man eine konkrete Leistung als Bezugseinheit nimmt, oder einen statistischen Durchschnitt. Für Deutschland scheint man sich auf den statisti-

schen Durchschnitt geeinigt zu haben. Es bleibt zu entscheiden, was die relevante Budgetsumme und was die Fallzahl sein soll, damit man den durchschnittlichen Fällwert rechnerisch ermitteln kann. Beide Fragen bedürfen noch ausführlicher Diskussionen.

- (4) Zuschlagsbegründende Leistungsarten sind im Gesetzestext zwar aufgeführt, doch ist diese Aufführung nicht als abschließend gedacht. Hier scheinen sich die Verhandlungspartner besonders schwer zu tun, zu einer Einigung zu gelangen. Die ursprünglich für Ende Juni vorgesehene Einigung ist in den Herbst hinein verschoben worden, weil eine Einigung offensichtlich nicht zu erreichen ist. Dabei wird die Einigung heute nicht systematisch in zwei Schritte gegliedert, wie wir das hier tun. Dies erschwert die Vorgehensweise. Denn zunächst wäre zu fragen, welche Leistungsarten generell zuschlagsbegründend sein sollen, um dann die Frage der Entgelthöhe zu beantworten.

- (5) Verfahren zur Findung der Zuschlagshöhe

Es ist sinnvoll, nicht von Zuschlagsleistungen sondern von ergänzenden Vergütungen zu sprechen. Schließlich wäre es wenig sinnvoll, auf die DRGs selbst zusätzliche Preisaufschläge zu kalkulieren. Dies würde nur den Anschein erwecken, als ob die DRG-Leistungen teurer abgegeben werden, als bei anderen Krankenhäusern. Von daher ist es geboten, eigene Leistungen mit eigenen Vergütungen zusätzlich neben die DRG-Erlöse zu stellen. Nur eine solche transparente Vorgehensweise wird auch der entsprechenden Sachlage gerecht.



5. Ordnungspolitische Eckpunkte für die Einführung von DRG-Pauschalen (Stand Juni 2000)

- (1) Bei der Auswahl des Systems zur Gruppierung der Patienten in Fallgruppen und Anpassung an deutsche Verhältnisse sind folgende Anforderungen zu erfüllen:**
- **Leistungshomogenität und Kostenhomogenität** der Fallgruppe (im Gegensatz zur reinen Kostenhomogenität der AP-DRGs). Die Leistungshomogenität hat den Therapieansatz zur Grundlage und kann damit auch als Basis für Qualitätssicherungsmaßnahmen (clinical guidelines) dienen.
 - **Europafähigkeit:** Europäische Systeme sollten Priorität haben und so zur Entwicklung eines zukünftigen gemeinsamen europäischen Krankenhausmarktes beitragen.

- **Gemeinfreiheit („public domaine“)**, um finanzielle Unabhängigkeit von einem einzelnen Anbieter und freie Weiterentwicklung sicherzustellen.

(2) Bei der Ermittlung des Durchschnittsfalles

- soll als Bezugsbasis nach Möglichkeit **ein konkreter Behandlungsfall**, wie bspw. die normale Entbindung genommen werden, da dann die Preis- und Kostenentwicklung exakt und anschaulich ablesbar ist.
- In Frage kommt auch eine Auswahl von markanten Behandlungsfällen, deren Durchschnitt dann als Basis dient.

(3) Bei der Ermittlung der Bewertungsrelationen (Kostengewichte) sollen

- **bundesweit einheitliche Kostengewichte auf Basis einer nationalen (Nach-)Kalkulation** mittels einer Stichprobe von Krankenhäusern nach einem statistisch zuverlässigen Verfahren erfasst werden,
- **zeitgerechte/jährliche Nachkalkulationen** zur Anpassung über eine pflegende Institution im Auftrag der Selbstverwaltung innerhalb des europäischen Verbundes durchgeführt werden.

(4) Für die Ermittlung der Vergütung/Preise der Fallgruppen sollen

- das Verhandlungsprinzip beibehalten bzw. ausgebaut werden,
- auf der Basis der Kostengewichte Durchschnittspreise pro Fallgruppe im Sinne von bundesweiten „**empfohlenen Richtpreisen**“ entwickelt werden,
- die **eigentliche Preisfindung über differenzierte Verhandlungspreise pro Kassenart und Krankenhaus stattfinden und die Mengensteuerung übernehmen: Dies muß das gedeckelte Budget zwangsläufig ablösen**, da mit differenzierten Verhandlungspreisen ein flexibles Selbststeuerungsinstrument geschaffen wird.

- Erhöhung der Steuerungskapazität durch Einführung einer optionalen, prozentualen Zuzahlung für Patienten.

(5) **Die Definition nicht ausreichend abgebildeter Leistungsarten und Leistungsstrukturen** muß bundesweit einheitlich erfolgen; hierzu zählen z.B.

- Notaufnahmen nachts und am Wochenende
- Flächendeckende Versorgung
- Ausbildung/ Universität

(6) **Die Verhandlung über die Höhe der Zu- und Abschläge soll krankenhausesindividuell mit den Krankenkassen (gemeinschaftlich) erfolgen.**

Es bleibt dem Staat vorbehalten, politisch gewünschte Flächendeckung bspw. mit Vorhaltepauschalen für bestimmte Krankenhäuser in bestimmten Regionen zu unterstützen

(7) **Die erwünschte Verzahnung** der stationären, teilstationären und ambulanten Versorgung soll durch das Fallgruppensystem **unterstützt werden**. Sowohl bei der Definition als auch bei der Vergütung der Fallgruppen ist die Schnittstellenproblematik besonders zu beachten

(8) Die Errichtung einer unabhängigen „pflegenden“ Institution mit Experten aus der Medizin, EDV, Ökonomie ist notwendig:

Der rasante medizinisch-technische Fortschritt und dessen ökonomische Auswirkungen verlangen eine jährliche

- medizinische Nachprüfung der Fallgruppen
- ökonomische Nachkalkulation der Bezugsbasis und einzelner Kostengewichte
- Weiterentwicklung der Software

(9) **Die im Gesetz vorgesehene Zeitschiene muß korrigiert werden:** Der vorgesehene Zeitplan ist in -Tempo und Umfang in dieser Form **international einmalig.**

- Diese rigorose Umstellung des Finanzierungssystems könnte von einzelnen Krankenhäusern als enteignungsgleicher Eingriff aufgefasst werden.
- Das Wirksamwerden der neuen Vergütung ab 2003 ist in vier Jahresschritten (4 x 25 %) zu vollziehen.

(10) Zusammenfassende Empfehlung:

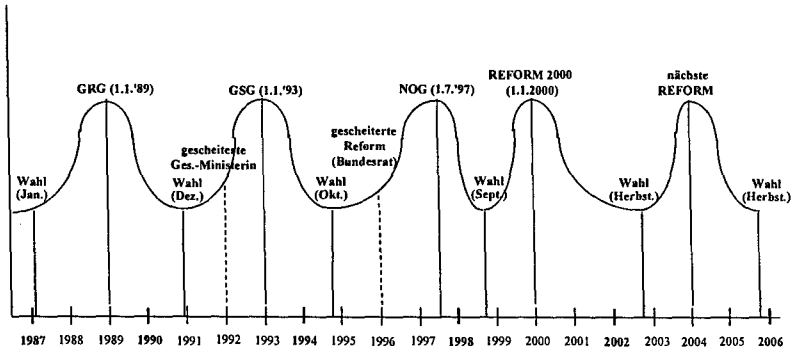
- Die Entwicklung eines Europäischen Fallgruppierungs-Systems soll gefördert werden
- Größeres Gewicht soll auf Therapie/ Verfahren statt auf der Diagnose liegen, sodaß sich dieses System besser zum Umsetzen von Qualitätssicherungsmaßnahmen eignet
- Die europäische Integration und die Entwicklung eines europäischen Krankenhausmarktes liegen im deutschen Interesse
- Dies bedeutet zugleich die Schaffung von europäischen Arbeitsplätzen in einem zukunftsorientierten, wirtschaftlich und sozial wichtigen Krankenhausmarkt.

6. Die nächste Reform ist gewiß!

Die Neuordnung der Krankenhausvergütung kann nicht die nächste Gesundheitsreform ersetzen. Nach dem Gesetz von Gesundheitsreformen wird die nächste Gesundheitsreform im Jahre 2004 zu erwarten sein. Es läßt sich nämlich eine Regelmäßigkeit der Reformen dahingehend feststellen, daß jeweils im anschließenden vollen Jahr nach der jeweiligen Wahl eine neue Gesundheitsreform beginnt. Wenn also im Herbst des Jahres 2002 die Wahl sein wird, ist für das Jahr 2004 die nächste Reform zu erwarten. Auch die übernächste Reform würde sich demnach für das Jahr 2008 voraussagen lassen. Als Thema für die Reform 2004 könnte man heute auch schon die Neuordnung der Finanzierungsbasis der GKV vorankündigen. Denn trotz Krankenhausvergütungsreform bleibt die Finanzierungsform der GKV reformbedürftig. Es wird darauf ankommen, nicht nur die Arbeitnehmerinkommen zur Finanzierung heranzuziehen,

sondern eine breitere Finanzierungsbasis zu finden. Die nachfolgende Abbildung macht noch einmal die Regelmäßigkeiten der Reformen und der Abhängigkeit von den Wahlzyklen deutlich.

Wahlzyklen und Reformzyklen in der GKV



Statement

des Leiters der Abteilung Krankenhausversorgung
im Bayerischen Staatsministerium für
Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit

Herrn Ministerialdirigent Dr. Gerhard Knorr

die Einführung eines durchgängigen, pauschalierenden Vergütungssystems ist der gravierendste Umbruch in der Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser seit Jahrzehnten, gravierender vielleicht noch als die Schaffung der Bundespflegesatzverordnung 1973. Die Ausgestaltung des neuen Finanzierungssystems hat der Gesetzgeber bewusst nicht selbst vorgenommen, sondern in die Hände der Selbstverwaltung gelegt. Die Selbstverwaltung hat vor wenigen Monaten mit der Arbeit an dieser immensen Aufgabe begonnen. Angesichts dieser Entscheidung des Gesetzgebers möchte ich mich als Vertreter des Staates zum jetzigen Zeitpunkt mit Äußerungen zurückhalten. Daher werde ich mich kurz fassen und mich auf einige grundsätzliche Bemerkungen beschränken.

Fallpauschalensysteme werden seit Jahren nicht nur in unserem Lande diskutiert und teilweise auch praktiziert. Nirgends werden sie allerdings bisher derart umfassend eingesetzt, wie dies nun bei uns geschehen soll. Ob allerdings der Gesetzgeber die damit verbundenen Probleme mit der gleichen Gründlichkeit durchdacht hat, darf bezweifelt werden. Ein Beispiel: der Differenzierungsgrad der Fallpauschalen ist eines der Kernprobleme des Systems. Ist er zu gering, sind Fehlsteuerungen bei der Patientenversorgung unausweichlich. Geht die Differenzierung zu weit, ist das System kaum zu handhaben. Der Gesetzgeber „löst“ – löst hier in dicken Anführungszeichen – dieses bekannte Problem mit einem Satz, nämlich Satz 2 in § 17 b Abs. 1 KHG: „Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Komorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll

praktikabel sein.“ So einfach ist das. Beachten Sie auch, daß hier die Praktikabilität des Systems seiner Differenzierung nachgeordnet wird. Dabei sollte doch die Praktikabilität eines Systems, zumal wenn nach ihm jährlich ca. 15 Mio. Vorgänge abgerechnet werden müssen, eine Selbstverständlichkeit sein, die in einem Gesetz gar keiner besonderen Erwähnung bedarf.

Völlig ungeklärt ist auch, mit welchen Einschränkungen das System zur Anwendung kommen soll. Den Mut, Fallpauschalen flächendeckend einzuführen und dann den Dingen ihren Lauf zu lassen, in der Hoffnung, der Ausgleich von steigenden Kosten und begrenzt zur Verfügung stehenden Finanzierungsmitteln werde sich dann von selbst regeln – diesen Mut hat sicher niemand. Hier werden die Ängste vor einer unkontrollierten Mengenentwicklung bestimmt alle Hoffnungen in die segensreichen Wirkungen des Systems überwiegen. Soll das neue Vergütungssystem also weiter mit der heutigen rigiden Deckelung der Krankenhauserlöse verbunden bleiben? Dann ist allerdings nachdrücklich zu fragen, wozu der beträchtliche Aufwand für die Einführung, Anwendung und Pflege des neuen Systems dienen soll, wenn die entscheidenden Vorgaben bereits durch die Deckelung gegeben sind. Oder denkt man an den floatenden Punktwert bzw. im Ergebnis ähnliche Lösungen? Abrechnungstechnisch wäre dies verhältnismäßig einfach zu realisieren, gesetzestechnisch ebenfalls, man müsste dazu vor allem alle Bezugnahmen auf Leistungsorientierung und Leistungsgerechtigkeit der Vergütungen aus den Gesetzes- und Verordnungstexten tilgen. Daß dies mittelfristig und langfristig wohl auch zulasten der Leistungen für die Patienten ginge, wird ernsthaft wohl niemand leugnen.

Ein weiteres Problem, für das noch keine Lösung besteht: Das neue Vergütungssystem wird einmal für mehr als 2000 bundesdeutsche Krankenhäuser gelten. Unterschiede in der Entgelthöhe sind dabei nur sehr beschränkt möglich: Zum einen, soweit es sich um Finanzierungsstatbestände handelt, die nicht in allen Krankenhäusern vorliegen. Die entsprechenden Zu- oder Abschläge sind aber wiederum genormt. Zum anderen können die Punktwerte nach Regionen, dort aber für alle Krankenhäuser einheitlich, differenziert werden. Allerdings glaube ich nicht, daß es dazu in größerem Umfang kommen wird. Die künftige Situation unterscheidet

sich nämlich grundlegend von der heutigen, in der sich tatsächlich die Punktwerte in den einzelnen Ländern merklich auseinander entwickelt haben. Künftig werden die Punktwerte nicht mehr von Landesgremien festgelegt, sondern nur noch von den Spitzenverbänden auf Bundesebene bzw. von der Bundesschiedsstelle. Außerdem ist heute die Bedeutung der Punktwerte wegen des weitgehend praktizierten Erlösabzugsverfahrens erheblich eingeschränkt, so daß von daher kein Druck zur Annäherung der landesweiten Punktwerte ausgeht.

Es ist nicht möglich, mit derart starren Entgeltvorgaben den unterschiedlichen Gegebenheiten aller unser Krankenhäuser gerecht zu werden. Mir ist übrigens auch kein anderer „Wirtschaftsbereich“ bekannt, in dem es so etwas gibt. Die Vergangenheit hat uns deutlich gelehrt, daß wir sogar mit der Bundespflegesatzverordnung mit ihrem weiteren Rahmen hier immer wieder an Grenzen stoßen. Die Möglichkeit, die besonderen Verhältnisse des einzelnen Krankenhauses zu berücksichtigen, halte ich für unerlässlich – und zwar nicht, um die Preise ohne Rücksicht auf Leistung zu drücken, sondern gerade, um besonderen Leistungen gerecht werden zu können. An das Leistungsprinzip darf in diesem Zusammenhang erinnert werden. Natürlich sind individuelle Verhandlungen nicht selten schwierig, ja sogar unangenehm. Vernünftige Lösungen lassen sich aber nicht automatisch – ohne persönlichen Einsatz – erreichen.

doch nicht nur die dargelegten grundsätzlichen Bedenken bereiten Sorge; auch der Weg zu dem neuen Vergütungssystem läßt ernsthafte Zweifel aufkommen. Dies liegt in erster Linie an dem viel zu engen zeitlichen Rahmen, der vom Bundesgesetzgeber vorgegeben wurde. Bis Ende dieses Monats sollen die Spitzenverbände von Krankenkassen und Krankenhäusern die Grundstrukturen des neuen Vergütungssystems auf DRG-Basis entwickeln. Bis Ende 2001 – das sind gerade noch eineinhalb Jahre – soll das gesamte System stehen, um dann im Jahr 2002 erprobt und bereits 2003 flächendeckend eingeführt zu werden. Dies ist eine Mammutaufgabe. Denn es müssen möglichst differenzierte, aber dennoch einfach zu handhabende Diagnosebilder definiert werden. Was die Kalkulationen anbetrifft, werden sich viele von Ihnen des ersten Anlaufs zu Fallpauschalen und Sonderentgelten in den Jahren 1993/1994 erinnern.

In den einzelnen Krankenhäusern erfordert die Umsetzung des neuen Systems im Vorfeld einen erheblichen personellen und zeitlichen Aufwand, vor allem bei der Datenerfassung und -aufarbeitung. Nicht nur müssen die Krankenhäuser Lücken im Bereich der Dokumentation aufdecken und andere Daten als bisher durch ihre EDV aufnehmen, sondern diese Daten müssen auch im Hinblick auf das neue DRG-System ausgewertet werden. Dabei ist der Einsatz einer neuen Software nötig, mit der noch keine ausreichenden Erfahrungen gesammelt werden konnten. Die Bayerische Krankenhausgesellschaft gibt in dieser Beziehung ihren Mitgliedern inzwischen eine Hilfestellung. Ich möchte das ausdrücklich anerkennen. Sie bietet die Möglichkeit an, Behandlungsfälle nach einem DRG-System auszuwerten und zu analysieren, um den Bedürfnissen der Krankenhäuser gerecht zu werden. Dabei kann die Auswertung wahlweise nach US-amerikanischem oder französischem System erfolgen.

Diese Wahlmöglichkeit zwischen zwei unterschiedlichen Systemen berührt einen Punkt der Reformgesetzgebung, der m.E. in der Diskussion um das neue DRG-gestützte Finanzierungssystem vielfach zu wenig Beachtung findet, nämlich die Frage, an welchem internationalen DRG-System sich Deutschland ausrichten wird. In § 17 b Abs. 2 KHG ist lediglich geregelt, daß es ein „international bereits eingesetztes Vergütungssystem“ sein soll. Die Auswahlentscheidung obliegt der Selbstverwaltung auf Bundesebene. Ein entsprechender Beschluss wurde bislang noch nicht gefasst.

Im Wesentlichen kommen folgende Systeme für die Ausrichtung der neuen Betriebskostenfinanzierung in Betracht: zum einen überseeische DRG-Systeme mit dem der USA an der Spitze und zum anderen europäische wie wir sie beispielsweise schon in Skandinavien oder Frankreich finden. Die Tragweite einer diesbezüglichen Entscheidung ist ganz erheblich. Da flächendeckend die Krankenhäuser in ganz Deutschland betroffen sind, wird das in Folge dieser Entscheidung aufzuwendende Investitionsvolumen allein im Bereich der EDV beträchtlich sein. Es geht dabei nicht nur um die Implementierung von neuer Software und die damit verbundenen Lizenzgebühren, sondern auch in der Folge um die Schulung der Mitarbeiter sowie die Pflege und Weiterentwicklung der

Rechnerprogramme. Sollte die Entscheidung zu Gunsten eines überseeischen Systems fallen, gingen bedeutende Aufträge für die europäische Wirtschaft und damit wichtige Impulse für den europäischen Arbeitsmarkt verloren.

Bei der Wahl des Referenz-DRG-Systems müssen wir auf jeden Fall über unsere Landesgrenzen hinausblicken. In einem Europa, das mehr und mehr zusammenwächst, wird das deutsche System vielleicht einmal in einer einheitlichen europäischen Regelung integriert werden. Daß zu diesem Zweck ein europäisches System als Orientierungspunkt für Deutschland sinnvoll ist, versteht sich von selbst. Zudem stehen die europäischen Vorbilder für ein DRG-System nicht hinter den überseeischen zurück. Deshalb hat Frau Staatsministerin Barbara Stamm kürzlich die Bundesspitzenverbände der Krankenkassen und Krankenhäuser gebeten, ein europäisches System als Grundlage heranzuziehen, das durch entsprechende Anpassung den medizinischen und ökonomischen Gegebenheiten in Deutschland Rechnung trägt.

wie immer man das vorgesehene Vergütungssystem für unsere Krankenhäuser einschätzen mag, ein gutes hat es auf jeden Fall: Es kann noch manche Themen für Neubiberger Krankenhausforen liefern. Vielleicht darf ich heute schon für das Jahr 2004 vorschlagen: Fallpauschalensystem – Erfahrungen und Enttäuschungen.

Bleibt der medizintechnische Fortschritt auf der Strecke?

Joachim M. Schmitt, BVMed

Medizintechnologie und Medizinprodukte spielen eine wichtige Rolle in allen Bereichen des deutschen Gesundheitswesens. In der Prävention, der Diagnostik, der Behandlung und der Rehabilitation. Die Spannbreite und Heterogenität von Medizinprodukten ist weit gefächert. Von Pflaster über Bandagen bis hin zu Stents, Kathetern, Herzschrittmachern, Endoprothesen und implantierbaren Defibrillatoren.

Insbesondere innovative Medizinprodukte spielen eine zentrale Rolle für eine hochwertige und finanzierbare Gesundheitsversorgung. Unter den Bedingungen einer alternden Bevölkerung können innovative Medizinprodukte dazu beitragen, die Effizienz der Gesundheitsversorgung zu steigern. Gegenwärtig erhält jeder Deutsche, unabhängig von Sozialstatus und Einkommen, bei bestehender medizinischer Notwendigkeit eine neuartige minimalinvasive Operation oder einen Herzschrittmacher.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben im Jahr 1999 ca. 25 Mrd. DM für Medizinprodukte im ambulanten und stationären Bereich ausgegeben. Das sind weniger als 10 % der Gesamtausgaben der GKV. Für medizinischen Bedarf im Krankenhausbereich wurden 1998 ca. 16 Mrd. DM ausgegeben. Davon entfallen 3,8 Mrd. DM auf Arzneimittel und 12,2 Mrd. DM auf Medizinprodukte. Das entspricht ca. 16,5 % der Gesamtausgaben der Kassen für den Krankenhaussektor.

Dennoch werden Medizinprodukte im Zusammenhang mit den finanziellen Problemen im Gesundheitswesen gerne als Kostentreiber gesehen. Medizinprodukte sollen für den Anstieg der Gesundheitsausgaben verantwortlich sein. Gerne (und schnell) wird die Behauptung aufgestellt, daß es durch die hochpreisigen Medizinprodukte zu einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen gekommen sei. Diese Sichtweise ist nicht korrekt.

Der Medizinproduktemarkt ist seit Jahren gekennzeichnet durch sinkende bzw. stagnierende Preise. Stagnierende Preise im Hilfsmittelsektor, zum Teil stark sinkende Preise z. B. in der Kardiologie und in der Herzchirurgie. Aufgrund moderner Operationsarten konnten in der Vergangenheit Operationstechniken und -methoden für Patienten erschlossen werden, von denen man vor einigen Jahren noch nicht zu träumen wagte.

Die Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschritts in Verbindung mit der demographischen Entwicklung haben daher die Mengenentwicklung deutlich steigen lassen. Den Gesetzmäßigkeiten des Marktes folgend ist der Preis der eingesetzten Produkte gesunken.

Diese Entwicklung wird auch innerhalb der Gesundheitsreform 2000 nicht unberücksichtigt bleiben. Das zentrale Element der Gesundheitsreform für den Krankenhausbereich ist die Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierten Vergütungssystems ab dem Jahre 2003. Das neue Vergütungssystem für Krankenhausleistungen soll sich an einem System auf der Basis der Diagnosis Related Groups (DRGs) orientieren. Derartige Systeme werden derzeit in den USA, in Australien, in der Schweiz, in Norwegen, Portugal und Frankreich angewendet, jeweils unter Berücksichtigung der nationalen Verhältnisse.

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft stehen fast täglich in Vertragsverhandlungen und Gesprächen. Einmütiges Ziel ist es, den ehrgeizigen Zeitplan zur Einführung des neuen Vergütungssystems, der gesetzlich fixiert wurde, einzuhalten.

Die zentralen Fragen, die sich für die Medizinprodukteindustrie mit der Einführung eines DRG-Systems in Deutschland stellen, sind folgende:

Wie kann sichergestellt werden,

- daß der sinnvolle und medizinisch notwendige Einsatz von Medizinprodukten weiterhin allen Patienten, die diese benötigen, zugute kommt?

- daß neue und bessere medizinische Verfahren und Technologien ohne Verzögerungen Aufnahme in das deutsche Versorgungssystem finden?
- daß bis zum Jahre 2003/2004 kein Innovationsstau in der Medizintechnologie entsteht?
- daß auch ab dem Jahre 2003/2004 keine Behinderung innovativer Medizinprodukte z. B. durch den neuen Bundesausschuß Krankenhaus stattfindet?

Die von der Bundesregierung beschlossene Einführung eines leistungsorientierten Entgeltsystems im stationären Bereich kann durchaus als ein Schritt in die richtige Richtung angesehen werden. Eine der Voraussetzungen dafür ist jedoch, daß in der konkreten Vergütungspraxis ab dem Jahre 2003 eine leistungsgerechte und kostendeckende Vergütung der Verfahren sowie der eingesetzten Medizinprodukte gewährleistet ist.

Bei den Erwartungen der Medizinprodukteindustrie ist ein wichtiger Punkt die Orientierung des Klassifizierungssystems an den durchzuführenden Prozeduren. Nicht allein die bestehende Hauptdiagnose sollte zu einer Klassifizierung eines Behandlungsfalles führen. Auch die durchzuführende Prozedur ist für die Klassifizierung zu berücksichtigen.

Darüber hinaus sind folgende Punkte von Interesse:

- Ein nachvollziehbares und transparentes Verfahren zur Kalkulation der einzelnen DRGs.
- Kurzfristige Anpassungsfähigkeit an den medizinisch-technischen Fortschritt.
- Ausgewogene Differenzierung bei der Vergütung unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Schweregrade einer Erkrankung.

- Eindeutig leistungsorientierte Vergütung.
- Schaffung von Wirtschaftlichkeitsanreizen im Krankenhaus (mehr Markt – weniger staatliche Planung).
- Gleichrangige Beachtung von Ökonomie und Medizin bei der Einteilung und Festlegung der DRGs.
- Beseitigung bestehender Strukturmängel, auch in der Verzahnung zum ambulanten Bereich.

Bei der anstehenden Ausgestaltung und Konkretisierung des neuen Krankenhausvergütungssystems sollte darauf geachtet werden, daß die Entscheidungen innerhalb eines konstruktiven Dialoges aller Betroffenen gefällt werden. Wichtig ist ebenfalls, daß die Bestandteile des Vergütungssystems, wie z. B. Fallgruppen und Bewertungsrelationen, spezifisch an die Verhältnisse in Deutschland angepaßt werden.

Als besonders heikler und wichtiger Punkt in der gesamten Diskussion um das neue Entgeltsystem muß die Anerkennung des medizinisch-technischen Fortschrittes gesehen werden. In den gesundheitspolitischen Reformen der letzten Jahre wurden zunehmend Maßnahmen ergriffen, die die Aufnahme des medizinischen Fortschritts in die ärztliche Versorgung erschwerten bzw. auch heute erschweren.

Man muß resümieren, daß die Versicherten in Deutschland inzwischen nicht mehr, sehr spät oder nur eingeschränkt von Innovationen in der Diagnose und Behandlung von Krankheiten profitieren können. Die Kostenträger weigern sich oftmals, Verfahren zu bezahlen, die nach ihrer Auffassung noch nicht zum Standard der medizinischen Versorgung gehören.

Als praktisches Beispiel sei hier nur die sog. Anlage B der BUB-Richtlinien genannt (früher NUB-Richtlinien). Man könnte die Anlage B auch als Friedhof neuer Verfahren und Methoden bezeichnen. Ein sol-

cher Friedhof darf für innovative Verfahren im Krankenhausbereich erst gar nicht entstehen.

Wer aber entscheidet, was Standard ist und aufgrund welcher Kriterien? Wir brauchen dringend geeignete Verfahren, um neben dem therapeutischen Nutzen sowie der medizinischen Notwendigkeit auch die Wirtschaftlichkeit neuer Verfahren objektiv und sachgerecht beurteilen zu können.

Im Zusammenhang mit der Einführung eines DRG-Systems im Krankenhausbereich könnte man, vorsichtig formuliert, optimistisch in die Zukunft blicken. So wird im Gesetzestext von der "Weiterentwicklung und Anpassung an die medizinische Entwicklung" sowie von "Verfahren zur laufenden Pflege des Vergütungssystems" gesprochen.

Es müssen jedoch klare Verfahrensanweisungen bestehen, die beschreiben, wie der Weg zur Vergütung neuer medizinischer Verfahren aussieht. Es muß eindeutig definiert sein, welche Daten und Fakten die Antragsteller beibringen müssen. Darüber hinaus ist ein maximaler Zeitrahmen für das Zulassungsprozedere zu definieren. Weiterhin ist zu berücksichtigen, daß das Evaluierungsverfahren schnell, transparent und flexibel ist sowie auf objektiven Maßstäben der Technologiebewertung beruht.

Ein weiterer Punkt ist die Beteiligung der Medizinprodukteindustrie an Entscheidungen und Entscheidungsprozessen. Ein erster kleiner Schritt in diese Richtung wurde im Rahmen der Änderung der NUB-Richtlinien in die BUB-Richtlinien vorgenommen. Die Beteiligung der Industrie auch ohne letztendliches Stimmrecht gewährleistet dem Bewertungsausschuß eine zeitnahe Zugriffsmöglichkeit auf originäre Sach- und Expertenkompetenz. Dadurch wird auch die Neutralität, die Transparenz und die Glaubwürdigkeit des Gremiums verstärkt.

Eine fortlaufende Budgetierung im Krankenhaussektor bei gleichzeitiger Einführung eines leistungsorientierten Vergütungssystems ist kontraproduktiv. Ein neues Vergütungssystem muß den medizinischen Versorgungsbedarf abdecken können und zu einer leistungsorientierten und gerechten Verteilung der Finanzen führen. Das ist unter einem planwirt-

schaftlichen Budgetdeckel, der sich nicht am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientiert, unmöglich.

Zusammenfassend ist festzuhalten: Wir brauchen eine fortschrittliche Krankenhausversorgung, wir wollen Spitzentechnologie und medizinisches Know-how in Deutschland. Mit dem Einsatz innovativer Medizintechnologie, die z. B. zu einer Verweildauerreduzierung im Krankenhaus führen könnte, wird wesentlich zur Senkung der betriebswirtschaftlichen Kosten eines Krankenhauses beigetragen. Damit wird die Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses, und somit letztendlich des Gesundheitswesens, verbessert.

Wir brauchen ganzheitliche Konzepte, die den ambulanten und stationären Bereich als Versorgungskette abdecken und keine Rücksicht auf sektorale Partikularinteressen nehmen. Wir benötigen Vergütungssysteme, die ausreichend Raum für Innovationen im medizinischen, medizinisch-technischen und pflegerischen Bereich bieten.

Die Industrie muß daher beim neuen Bundesausschuß Krankenhaus als Prozeßbegleiter und Mitberater von Anfang an dabei sein.

Es muß sichergestellt werden, daß innovative medizinische Leistungen möglichst allen Patienten zugute kommen. Es ist notwendig, daß neue und bessere medizinische Verfahren und Technologien ohne Verzögerung Aufnahme in das deutsche Versorgungssystem finden. Es darf weder heute noch ab dem Jahr 2003/2004 zu einem Innovationsstau in der Medizintechnologie kommen.

Ein innovationsfreundliches Versorgungs- und Vergütungssystem ist Grundvoraussetzung für eine auch in Zukunft qualitativ hochwertige medizinische Krankenhausversorgung in Deutschland.

Erste Erfahrungen mit einem DRG-System: Wer muß sich fürchten?

Harald W. Bachleitner

Verwaltungsdirektor Städtisches Krankenhaus München-Schwabing

Herr Bachleitner hat mit dem Krankenhaus Schwabing an einem Benchmarking-Projekt auf der Basis der AP-DRG's teilgenommen. Seine Ausführungen stützen sich weitgehend auf die dort gemachten Erfahrungen. Sein Vortrag stütze sich inhaltlich weitgehend auf die nachfolgend wiedergegebenen Bilder:

Erste Erfahrungen mit einem DRG-System:

Wer muß sich fürchten ?

08.06.2000

Harald W. Bachleitner
DRG - Wer muß sich fürchten ?

Internet: www.kms.mhn.de



Akademisches Lehrkrankenhaus

Das Krankenhaus München-Schwabing

KH der Maximalversorgung, Eigenbetrieb der Stadt

1354 Betten

Rd. 3000 Mitarbeiter

26 Fachabteilungen

45000 stationäre Fälle pro Jahr

Budget 1999: rd. DM 278.000.000.-

08.06.2000

DRG - Wer muß sich fürchten ?

Internet: www.kms.mhn.de



Akademisches Lehrkrankenhaus

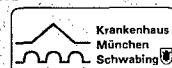
Inhalt

- Unterschiede Heute - DRG
- Was muß ein DRG-Entgeltsystem leisten ?
- Erste Erfahrungen
- DRG wer muß sich fürchten ?

08.06.2000

DRG - Wer muß sich fürchten ?

Internet: www.kmsmhn.de



Akademisches Lehrkrankenhaus

Unterschiede Heute - DRG

	Heute	DRG
Vergütung	Großteil Pflegesätze Nur geringer Anteil pauschalierte Entgelte	Nur pauschalierte Entgelte, allenfalls Zu- und Abschläge
Leistungs- orientierung	Gering, da keine Indikatoren für tatsächliche Leistung	Stark ausgeprägt, Vergütung orientiert sich am Ressourcen- verbrauch
Dokumentation	Wenig Relevanz, i.d.R. eine Entlassungs- diagnose	Eminent wichtig, da Bewertung von Nebendiagnosen abhängig

08.06.2000

DRG - Wer muß sich fürchten ?

Internet: www.kms.mhn.de

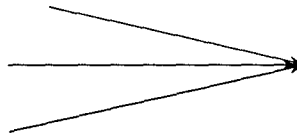


Vergütung heute

Verweildauer x
Abt.pfl.satz_{1-n}

Ggf. Sonderentgelt

ggf. Fallpauschale



Erlös

08.06.2000

DRG - Wer muß sich fürchten ?

Internet: www.kms.mhn.de



Vergütung im DRG System

Hauptdiagnose

Prozedur(en) (OP's)

Nebendiagnosen

(Komplikationen oder Begleiterkrankungen)

evtl. Alter, Geburtsgewicht, Beatmung

Entlassungsart

EDV

DRG

08.06.2000

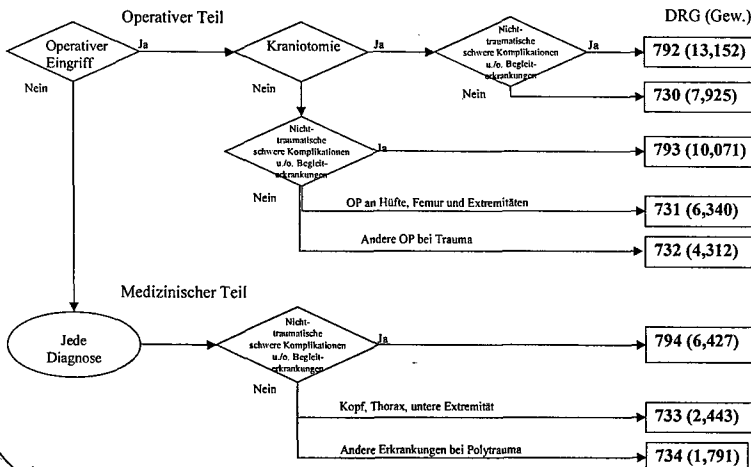
DRG - Wer muß sich fürchten ?

Internet: www.kms.mhn.de



Akademisches Lehrkrankenhaus

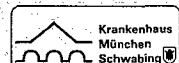
DRG - Gruppierung am Beispiel MDC 25 - Polytrauma



08.06.2000

DRG - Wer muß sich fürchten ?

Internet: www.kms.mhn.de



Akademisches Lehrkrankenhaus

Unterschiede Heute - DRG

Im folgenden zwei Beispiele, die folgende Phänomene besonders deutlich hervorheben:

- Abbildung der individuellen Komplexität eines Falles durch die Dokumentation
Beispiel endoskopische Gallenblasenentfernung
- Kalkulation der Bewertungsrelationen
Kaiserschnittentbindungen

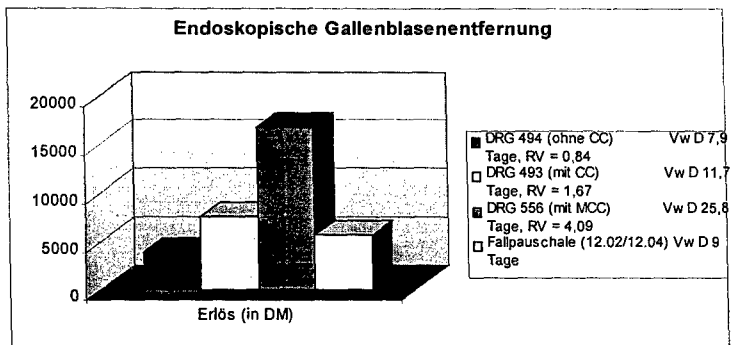
08.06.2000

DRG - Wer muß sich fürchten ?

Internet: www.krms.mhn.de



Unterschiede Beispiel I



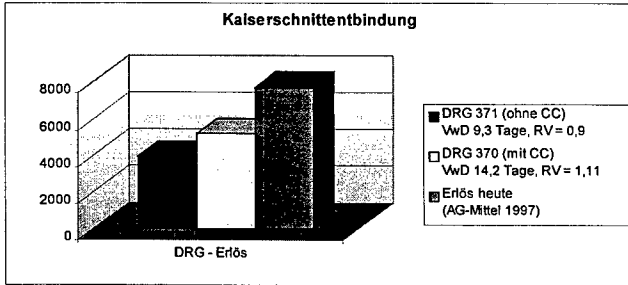
08.06.2000

DRG - Wer muß sich fürchten ?

Internet: www.krms.mhn.de



Unterschiede Beispiel II



08.06.2000

DRG - Wer muß sich fürchten ?

Internet: www.kms.mhn.de

Was muß ein DRG basiertes Entgeltsystem leisten ?

Forderungen der DKG:

- Einbeziehung der BÄK in die Systementscheidung, um Akzeptanz herzustellen
- Ausreichend Zeit. Rahmen der GKV 2000 übt unnötigen Druck aus
- Fallgruppierung muß diagnosen- und prozedurenbezogen erfolgen
- Berücksichtigung von Komplikationen und Multimorbidität. Differenzierungsgrad des Systems muß hoch sein, um das Risiko nicht auf die Leistungsanbieter zu verlagern.

08.06.2000

DRG - Wer muß sich fürchten ?

Internet: www.kms.mhn.de



Akademisches Lehrkrankenhaus

Was muß ein DRG basiertes Entgeltsystem leisten ?

Forderungen der DKG:

- Modulare Abbildung von aufwendigen Zusatzleistungen
- Sachgerechte Regelungen für Ausreißer und Extremfälle
- Fallgruppierungssystem gemeinfrei und kostenlos
- Das System muß anpassungsfähig für die Abbildung des medizinischen Fortschritts sein
- Trennscharfe, unstrittige und nachvollziehbare Eingruppierung zur Vermeidung von Konflikten
- Kosten- und Verweildauerhomogenität muß gewährleistet sein

08.06.2000

DRG - Wer muß sich fürchten ?

Internet: www.kms.mhn.de



Akademisches Lehrkrankenhaus

Was muß ein DRG basiertes Entgeltsystem leisten ?

Forderungen aus Anwendersicht:

- Begrenzung der Fallgruppen auf das erforderliche Minimum, da sonst nicht vernünftig anwendbar
- Klare, einheitliche Regelungen für die Zu- und Abschläge um Willkürentscheidungen bei Verhandlungen vorzubeugen
- Möglichst frühzeitige Entscheidung, um Kalkulationen schon jetzt zu ermöglichen
- Weitgehend Beibehaltung der einfachen Budgetkalkulation, um das System nicht zu „verwässern“

08.06.2000

DRG - Wer muß sich fürchten ?

Internet: www.kms.mhn.de



Akademisches Lehrkrankenhaus

Was muß ein DRG-basiertes Entgeltsystem leisten ?

Forderungen aus Anwendersicht:

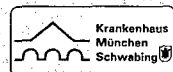
- Vermeidung negativer Mengenanreize
- Unterbindung des Punktwerteverfalls analog KV-Bereich

Dies sind klare Aufgaben der Interessenvertretung!

08.06.2000

DRG - Wer muß sich fürchten ?

Internet: www.kms.mhn.de



Akademisches Lehrkrankenhaus

Erste Erfahrungen mit DRG

DRG Systeme erlauben transparente
Darstellung der Leistungen

Strukturelle Risiken in der Leistungserbringung
werden schnell evident

Eingeschränkte Aussagen zu „Gewinnern &
Verlierern“ sind möglich

Umsetzung der Erfahrungen in konkrete
Maßnahmen

08.06.2000

DRG - Wer muß sich fürchten ?

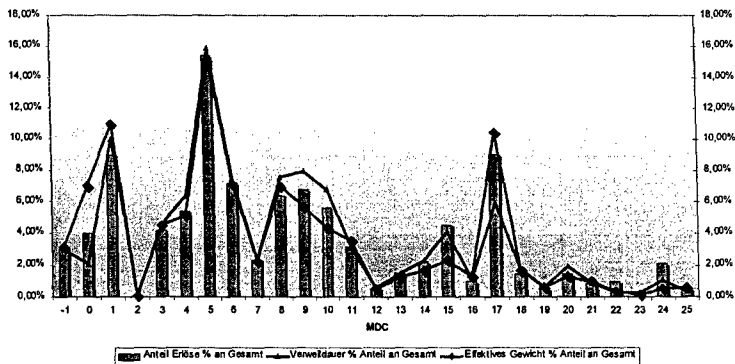
Internet: www.kms.mhn.de



Akademisches Lehrkrankenhaus

Leistungstransparenz

Leistungsspektrum auf MDC - Ebene



08.06.2000

DRG - Wer muß sich fürchten ?

Internet: www.kms.mhn.de



Akademisches Lehrkrankenhaus

Leistungstransparenz II

DRG - Übersicht

	Haus 1	Haus 2	Haus 3	Haus 4	Haus 5	Haus 6
Fallanzahl	72868	80909	33240	86791	53994	37308
DRG-Bandbreite	566	575	522	557	566	431
Case-Mix Index	1,43	1,34	1,45	1,31	1,37	1,06
Anteil nicht gruppierbar	0,21%	0,31%	0,17%	0,90%	0,21%	0,10%
Anteil P	37%	39%	35%	20%	36%	38%
Anteil CC	5%	7%	12%	6%	11%	3%
BC-Quotient	6,98	5,99	2,64	7,49	2,77	15,75
100/MCC	23,60	59,27	15,20	29,18	15,24	93,04
Diagn./Fall	1,9	1,8	3,0	2,0	3,6	1,3

● Beste Werte

● Schlechteste Werte

08.06.2000

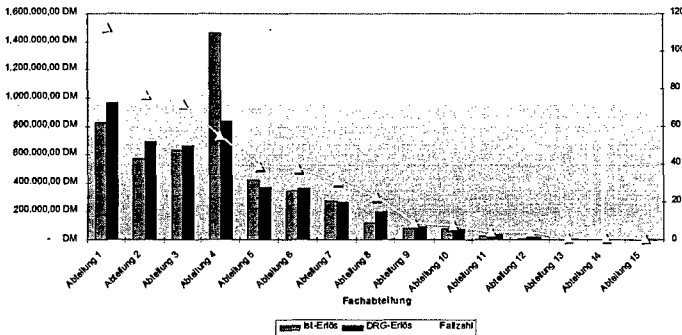
DRG - Wer muß sich fürchten ?

Internet: www.kms.mhn.de



Strukturelle Risiken - verteilte Leistungserbringung

Verteilung einer Beispiel-DRG auf die Abteilungen heute



08.06.2000

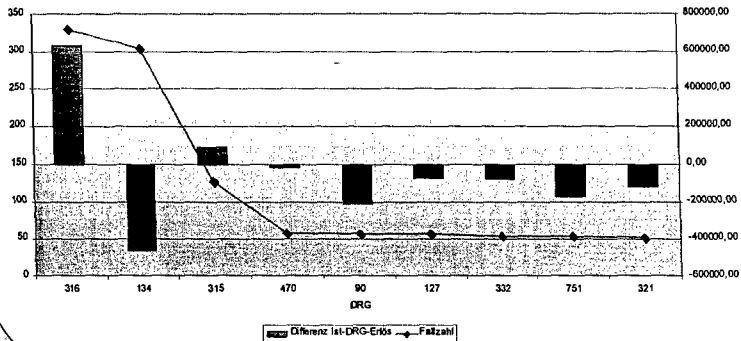
DRG - Wer muß sich fürchten ?

Internet: www.kms.mhn.de



Gewinner & Verlierer

Erlösverschiebungen im DRG-System am Beispiel einer internistischen Abteilung im Restbudgetbereich



08.06.2000

DRG - Wer muß sich fürchten ?

Internet: www.kms.mhn.de



Umsetzung der Erfahrungen

Die Dokumentation hat eine zentrale Bedeutung, um erst einmal korrekte Eingangsdaten zu erhalten:

- Einrichtung von Dokumentationsverantwortlichen in den Fachabteilungen
- Bereitstellung von Werkzeugen zur kontinuierlichen Überwachung der Diagnosenqualität
- Hausinternes und übergreifendes „Benchmarking“
- Relevante Zusatzinformationen (Intensivstation, Geburtsgewichte, etc.) werden EDV-gestützt dokumentiert

08.06.2000

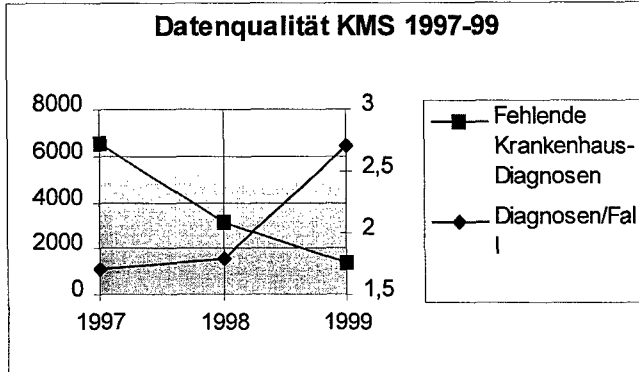
DRG - Wer muß sich fürchten ?

Internet: www.kms.mhn.de



Umsetzung der Erfahrungen II

Datenqualität KMS 1997-99



08.06.2000

DRG - Wer muß sich fürchten ?

Internet: www.kms.mhn.de



Akademisches Lehrkrankenhaus

DRG - wer muß sich fürchten ?

- „Die geplante Umstellung auf ein DRG basiertes Entgeltsystem stellt die größte Umwälzung der Krankenhausfinanzierung in Deutschland dar, die je stattgefunden hat“.
- „Wer die Dokumentation von Diagnosen & Prozeduren nicht schnellstens auf die Reihe bekommt, der hat bereits den ersten Schritt in Richtung Konkurs gemacht“ (W.Pföhler)

08.06.2000

DRG - Wer muß sich fürchten ?

Internet: www.kms.mhn.de



Akademisches Lehrkrankenhaus

DRG - wer muß sich nicht fürchten ?

Für einen erfolgreichen Umstieg benötigen die Krankenhäuser:

- Exzellente Ärzte, die eine sehr gute Dokumentation durchführen
- Eine perfekt abgestimmte & leistungsstarke EDV
- Stimmige Konzepte für eine Fallkostenrechnung mit vertretbarem Aufwand
- Den Willen, Prozesse zu reorganisieren und strukturelle Veränderungen durchzusetzen
- Eine starke Interessenvertretung, die praxisnah, geschlossen und effizient arbeitet

08.06.2000

DRG - Wer muß sich fürchten ?

Internet: www.krms.mhn.de



Akademisches Lehrkrankenhaus

DRG System in Frankreich Stand der Erfahrungen

von Dominique TONNEAU, Professor an der École des Mines de Paris¹
Forscher am Centre de Gestion Scientifique

Wir haben die DRG 1983 eingeführt, und seit 1996 benützen wir sie regelmäßig, als eine Hilfe, um die Budgets festzusetzen. Ich werde Ihnen erklären warum wir ein solches System eingeführt haben, wie wir es angewenden, und zu welchen Ergebnissen wir bisher gekommen sind.

1 – Warum DRG's ?

Seit Jahren stellen sich drei große Probleme, die die Verantwortlichen auf nationaler Ebene und alle Beteiligten im Gesundheitswesen beschäftigen :

- Die Gesundheitsausgaben sind für Frankreich zu hoch, und werden für die Unternehmen, die den größten Teil tragen, im internationalen Wettbewerb als nachteilig erachtet.
- Das Gesundheitsangebot ist zu groß, und zwischen den einzelnen Regionen schlecht verteilt. Die Versuche, das Angebot zu vermindern, führen oft zu einer Akkumulierung der finanziellen Mittel zugunsten der größten Anstalten, was die Bemühungen für Verbesserung bei Raumplanung und Beschäftigungspolitik im allgemeinen hemmt.
- Es gibt kaum ein geeignetes Informationssystem, um die Leistungsfähigkeit und Qualität der Versorgung zu messen oder sie mit epidemiologischen Schätzungen zu verbinden.

¹ Die École des Mines de Paris ist eine Hochschule, die Ingenieure ausbildet, die nach ihrem Studium Führungspositionen in privaten oder öffentlichen Unternehmen bekleiden und die die Forschungszentren der Hochschule in Anspruch nehmen. Das wissenschaftliche Wirtschaftszentrum, zu dem der Verfasser gehört, untersucht hauptsächlich die in den Unternehmen und Organisationen vorhandenen Versorgungseinrichtungen, um die Entscheidungsfindung zu beleuchten. Neben Forschungsarbeiten im Industriebereich gibt es ein weiteres Gebiet im Bereich des Krankenhaus- und Gesundheitswesens.

Diese drei Probleme sind Gegenstand zahlreicher Debatten und Reformversuche. Frankreich hat 1983 den Tagespflegesatz aufgegeben, und die globale Zuweisung eingeführt, um die öffentlichen Krankenhäuser zu finanzieren.

Der Tagespflegesatz ist weitgehend inflationistisch

Bis 1983 war der Tagespflegesatz das Mittel um die Krankenhäuser zu vergüten. Diese Pflegesätze wurden durch die Kostenberechnung des Krankenhauses begründet, und waren die Ausgangsbasis bei den Verhandlungen zwischen dem Krankenhaus und der Aufsichtsbehörde. Hier zeigt sich ein grosser Unterschied zwischen Deutschland und Frankreich. Bei uns muß das Krankenhausbudget durch die Staatsaufsichtsbehörde genehmigt werden (die DDASS und die DRASS, *direction départementale des affaires sanitaires et sociales, direction régionale des affaires sanitaires et sociales*, lokale Vertreter vom Ministerium für Gesundheit). Das Krankenhaus wurde später entsprechend seiner Leistungen von der Krankenversicherungskasse vergütet. Dieses Verfahren erwies sich als zu inflationistisch. Es war eher kostentreibend und häufig der Grund für eine unnötige Verlängerung des Patientenaufenthaltes. Deshalb beschlossen die Behörden 1983, zu einem globalen Jahreshaushalt überzugehen.

Die globale leistungsunabhängige Budgetierung führt zu einer schlechten Verteilung

Die globale Budgetierung wurde 1983 zunächst für die Universitätskrankenhäuser dann 1984 für die anderen Krankenhäuser eingeführt. Und sie ist noch ungefähr das derzeitige System für die Finanzierung der öffentlichen Krankenhäuser.

Das heißt, daß jedem Krankenhaus am Anfang des Jahres ein festes Budget zugewiesen wurde, das normalerweise nicht überschritten werden durfte. In der Praxis bekam die DDASS vom Ministerium für ihr gesamtes Département eine Globalzuweisung, die dem Betrag des vorhergehenden Jahres entsprach und durch eine national festgesetzte Wachstumsrate erhöht wurde. In der Theorie konnte die DDASS diesen Betrag nach ihrem Willen unter den Krankenhäuser verteilen, also eini-

gen mehr und anderen weniger geben, um ihre erwünschten Veränderungen durchzuführen. Aber der DDASS fiel es schwer, den Forderungen der Krankenhäuser zu widerstehen und deshalb konnte sie ihre Veränderungen nur am Rande verwirklichen.

Trotzdem wurden die Krankenhauskosten ein bißchen gedämpft, und jetzt sind unsere Gesundheitsausgaben bei 9% des Bruttoinlandprodukts stabilisiert. Aber es erfolgte eine ungleiche Verteilung, da der Zustand von 1983 bestehen geblieben ist und sich weiterhin verschlechtert hat.

Nun, neben der Globalbudgetierungsreform hatte das Ministerium ein Programm für ein neues Informationssystem ausgearbeitet (PMSI, *programme médicalisé de système d'information* medizinisches Informationsprogramm), das den Leistungsumfang der Krankenhäuser mit ärztlichen und buchungsmässigen Informationen vergleichen sollte. Tatsächlich handelt es sich um die Einführung der amerikanischen DRGs, die von 1983 bis 1995 stufenweise in Frankreich eingeführt wurden. Von 1996 ab wurde die DDASS angewiesen, diese neuen Information zu berücksichtigen, um die Budgets zu modifizieren. Wie sieht dieses Verfahren aus ?

Das PMSI : ein Informationssystem, um die Krankenhausleistung zu schätzen.

2 -Die Stufen der Berechnung

Das system läuft folgendermaßen :

- Zu jedem Patientenaufenthalt im Krankenhaus gehört ein Entlassungsprotokoll (RSS, *résumé standardisé de sortie*), das persönliche und medizinische Auskünfte erfaßt (zB Alter, chirurgische Eingriffe, Haupt- und Nebendiagnosen). Seit 1991 muß jedes Krankenhaus diese Auskünfte erbringen, die von einem Facharzt abgefaßt werden (DIM, *directeur de l'information médicale*). Die Auskünfte werden anonymisiert und dann an die DRASS weitergeleitet, sodaß sie jetzt die reale Aktivität eines jeden Krankenhauses kennt. Die Aufenthalte sind nach 27 Hauptdiagnoseklassen kategorisiert (am Anfang gab es nur die 23 amerikanischen Katego-

rien, dann haben wir zwei zusätzlich hinzugefügt : eine für die Krankenhausexternen Patienten, und eine andere für die HIV-Patienten ; später wurde die Klassifizierung um zwei weitere Kategorien erweitert : eine für Polytraumatisierte, und die zweite für Transplantationen. In nächster Zukunft soll die letztgenannte Kategorie noch einmal in Autologe- und Allogene-Transplantationen unterteilt werden.

- Bei der DRASS wird jeder Patientenaufenthalt einer der 600 homogenen Patientengruppen (GHM, *groupe homogène de malades*) zugeteilt. Die Zuweisung eines Patienten zu einer gewissen Patientengruppe erfolgt durch eine Software, die die im Entlassungsprotokoll erfaßten Daten verarbeitet. Anfänglich gab es lediglich die 471 amerikanischen DRGs, aber jedes Jahr haben die französischen Ärzte für notwendig befunden, weitere Gruppen hinzuzufügen (zB Fälle die offensichtlich in keine der bestehenden homogenen Gruppen paßten oder Krankenhausexterne Fälle. Die wichtigste Veränderung war Folgende : Für eine Gruppe gab es häufig zwei Unterteilungen, nämlich mit oder ohne zusätzlicher Morbidität, und wir haben eine dritte Unterteilung hinzugefügt, nämlich mit schweren Zusatzerkrankungen).

Während also früher lediglich die Zahl der Pflgetage der Berechnungsmaßstab für die Leistungen der Krankenhäuser war, verfügen wir jetzt über einen 600-Komponentenvektor.

- Das Ministerium seinerseits berechnet auf Grund einer bei 50 Krankenhäusern durchgeführten Erhebung und mit dem selben Kostenrechnungsmodell, die Kosten für jeden Aufenthalt. Somit ergeben sich für jede Gruppe die ihr eigenen durchschnittlichen Kosten. Anschließend werden diese Kosten in Punkte umgesetzt. 1000 Punkten entsprechen z.B. einer unkomplizierten Entbindung. Wenn die Durchschnittskosten eines Aufenthaltes innerhalb einer anderen Gruppe dem dreifachen Wert einer Entbindung entspricht, so ergeben sich 3000 Punkte. Die Werteskala wird jedes Jahr vom Ministerium veröffentlicht. Im Jahre 1999 ging diese Skala von 107 Punkten (eine Röntgentherapiesitzung) bis zu 22 000 Punkten (eine Lebertransplantation)

- Auf diese Weise kann man für jedes Krankenhaus die Leistung (ISA, *index synthétique d'activité*) errechnen. Sie entspricht der Summe der mit

ihrem Punktwert bewerteten Aufenthalte. Es ist also möglich, die reale Arbeitslast der Krankenhäuser objektiv zu vergleichen. Ein Krankenhaus kann sich nicht mehr wie früher, beklagen, daß seine Patienten schwerer als die des Nachbarn sind.

- Wenn man darüberhinaus das Budget des Krankenhauses auf seinen ISA bezieht, erhält man den lokalen Wert des ISA-Punktes, der die Leistungsfähigkeit mißt. Jetzt weiß man ob ein Krankenhaus bezüglich seiner Aktivitätslast mehr oder weniger ausgibt. Der Wert des ISA-Punktes verläuft von 1 bis 3 : in Ingwiller (Elsass), gibt man 7,95FF für einen ISA-Punkt aus, während man in Paimboeuf (Loiregebiet), für den selben ISA-Punkt 24,7FF ausgibt.

3 - Die Grenzen der Methode

Das Verfahren muß noch verbessert werden :

- Zur Zeit existieren die Patientengruppen und die Kostenberechnungen nur für die Akutversorgungsaktivität. Die Datensammlung ist seit 1991 verpflichtend, und die Kostenberechnung wird seit 1995 (mit den Daten vom Jahr 1993) durchgeführt. Für die anderen Aktivitäten war jedoch im amerikanischen DRG-System nichts vorgesehen.

Für die Folgepflege (wie z.B. Rehabilitierung und Reedukation) haben wir eine andere Klassifizierung aufgestellt, bei der die Aufenthaltswochen hinsichtlich ihrer Pflegelast bewertet werden. Die Datensammlung existiert jetzt bereits, aber die Kostenberechnung wird erst Ende nächsten Jahres feststehen. Für längerfristige Aufenthalte, Psychiatrie, ambulante Versorgung (Untersuchungen und medizintechnische Handlungen) bleibt alles noch zu bestimmen.

Außerdem gibt es immer auch andere Aktivitäten und Anschaffungen in einem Krankenhaus, wie Pflegeausbildung, Notfallkrankswagen, usw, die bei diesen Berechnungen nicht auftauchen. So kann man nur einen Teil des Budgets schätzen, und es ist nicht ausgeschlossen, daß die Kostenaufschlüsselungen den ISA-Punktwert beeinflussen. Zum Beispiel kann ein Krankenhaus seine zusätzlichen Kredite für langfristige Aufenthalte, bei Fällen der Gerontologie oder Psychiatrie, der Akutversorgung zuweisen, sodaß sein öffentlicher ISA-Punktwert niedrig bleibt.

- Die Patientengruppen berücksichtigen nicht den Zustand der Patienten bei der Pflegeversorgung. Die Buchhaltung zählt für jeden Aufenthalt Prothesen, Medikamente, Blutbeutel, das heißt ungefähr 10% der Kosten ; sie zählt ebenfalls die medizinisch-technischen Leistungen (wie Röntgenaufnahmen, oder Labortests), unabhängig davon, ob sie im Krankenhaus oder außerhalb hergestellt oder gekauft werden. Insgesamt kommt man auf ein Drittel der Kosten. Die zwei anderen Drittel sind Kostenaufschlüsselungen : jede Pflegeabteilung verteilt ihre Kosten auf die Aufenthalte im Verhältnis zur Verweildauer; und die allgemeinen Kosten werden auf die Aufenthalte im Verhältnis zu den Direktkosten verteilt. So werden 2 Aufenthalte unabhängig von der Pflegelast mit denselben Kosten bewertet, wenn sie die selbe Verweildauer haben.

Daraus folgt, daß sich die Unikliniken beklagen. Sie sind überzeugt davon, daß sie viele Patienten aufnehmen, die einer gewissen Gruppe zugeteilt werden, obwohl sie eine längere Verweildauer haben als der Gruppendurchschnitt. Wenn man diese Belastung durch kurze Aufenthalte kompensieren könnte, gäbe es keine Probleme. Aber in Unikliniken hat man natürlich mehr schwere Patienten, so daß sie am Ende benachteiligt werden.

- Konventionen müssen genau angegeben werden, um die anderen Aktivitäten des Krankenhauses (wie Forschung und Lehre), oder die lokalen Eigentümlichkeiten zu berücksichtigen. Zur Zeit gibt es nur eine Zuweisung von 13% für Forschung und Lehre in den Unikliniken. Aber diese Zuweisung beruht nur auf dem amerikanischen Beispiel, und entspricht wahrscheinlich nicht der französischen Realität. Was den Unterricht betrifft haben Studien gezeigt, daß er keine Last für die Krankenhäuser war, auch wenn die Studenten natürlich eine Last für ältere Ärzte sind, so übernehmen sie zugleich einen grossen Teil der Aktivität. Bei Forschungen ist es schwerer zu sagen, weil neben den öffentlichen genehmigten Forschungen auch inoffizielle Forschungen durchgeführt werden. Ausserdem gibt es auch Forschung in verschiedenen Krankenhäusern, die nicht zu den Unikliniken gehören. Am wichtigsten ist das Problem der technologischen Innovation, die sehr viel kostet und sehr schnell eine breite Anwendung findet.

- Die öffentlichen Krankenhäuser unterstreichen, daß sie die sozialprekäre Leute, alltägliche Notfälle, so wie schwere Fälle aufnehmen. Dafür haben wir noch keinen Maßstab, und die öffentlichen Krankenhäuser fürchten, daß ein Vergleich mit den privaten Kliniken nur auf Grund der Aufenthaltskosten ihnen nachteilig wurde, insofern die private Kliniken ihre Patienten wählen können. Die privaten Kliniken haben erst letztes Jahr die Datensammlung begonnen, und haben ihre eigene Kostenbasis noch nicht verwirklicht. Der Vergleich zwischen dem privaten und dem öffentlichen Sektor ist eine der französischen Lieblings- Debatten.

- Die Qualität der Versorgung wird überhaupt nicht in Betracht gezogen und die Krankenhäuser benutzen jetzt dieses Argument, um ihre Forderungen nach zusätzlichen Mitteln zu rechtfertigen.

4 - Die Benützung dieser neuen Informationen

1996 hat die Regierung neue Regeln festgesetzt und neue Einrichtungen geschaffen :

- Trotz der globalen Budgetierung, wurden die Ausgaben für das Gesundheitswesen immer grösser ; die Kostendämpfung ist nicht gesichert. Die jährlichen Wachstumsraten werden nicht eingehalten ; die Verluste der Krankenversicherung dauern fort (auch wenn sie seit 1997 ein wenig abnehmen) ; die am Gesundheitswesen Beteiligten sind stark gegen jede Maßnahme, die sie um einen Teil ihrer Einkommen bringen würde. So bestimmt jetzt das Parlament eine landesweite globale Zuweisung für die Gesundheitsausgaben, die unter niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, und unter Regionen zu verteilen sind. So hat sich der Staat den Sozialteilnehmern aufgedrängt.

- Ein nationales Versorgungsschätzungsamt (ANAES) wurde geschaffen, das die Qualitätsreferenzen bestimmt und die Verfahren für die Krankenhaus-Akkreditierung einleiten muß. Alle Krankenhäuser haben 5 Jahre, um dieses Verfahren in Gang zu setzen, und sollten im Jahre 2002 fertig sein.

- Für das PMSI wurden die DIM Fachärztstellen in jedem Krankenhaus eingeführt. Im Ministerium gibt es ein kleines Team, das mit der Hilfe von einigen Forschern die Wertskala der Patientengruppen berechnet und veröffentlicht. Zwei spezifische Einrichtungen wurden gegründet : eine bringt jedes Jahr die Gruppen auf den letzten Stand, und die andere aktualisiert die Software.

- Regionale Krankenhaus-Ämter (ARH) wurden geschaffen, um in jeder Region die DRASS und die Krankenversicherungskassen zu koordinieren, die Krankenhauspolitik und die Pflegeorganisationsplanung der Region zu bestimmen, und die Neuverteilung unter Krankenhäusern durchzuführen. Jetzt haben wir echte *Verantwortliche für das Krankenhauswesen*, die mit den Krankenhäusern Vereinbarungen treffen, und die ihnen für spezifische Aufgaben die entsprechenden Budgets genehmigen, was sie mit Hilfe des Wertes der ISA-Punktes, wenn sie es wollen, durchführen können. Wie haben diese neuen Teilnehmer dieses Informationssystem benutzt ? Und welches Ergebnis hat das Informationssystem gebracht ?

Das wichtigste Ergebnis ist die Ungleichheit der Zuweisungen an die Regionen und die Krankenhäuser, daß sich jetzt deutlich zeigt, nachdem man die Aktivitätslast berechnet hat. Zum Beispiel, für den selben ISA-punkt gibt man 11,4FF in der Bretagne, 14,4 in der Ile-de-France, und 15,4 in Paris. Aber diese Werte sind innerhalb einer Region nicht gleich, und es gibt grosse Unterschiede. Bei den kleinsten Krankenhäusern (weniger als 5000 Aufenthalten) findet man Unterschiede von 10,1 (Corbie) bis 24,7 (Paimboeuf). In der nächsten Kategorie (zwischen 5 000 und 10 000 Aufenthalten) von 10,3 (Luxeuil) bis 17,8 (Briançon). Bei den grössten (10 bis 16 000 Aufenthalte) geht sie sogar von 11,6 (Villeneuve sur lot) bis 20,3 (Ajaccio). Bei den Unikliniken gibt es Differenzen von 12,6 (Poitiers) bis 18 (Paris).

Normalerweise wurde den regionalen Krankenhaus-Ämtern empfohlen, die Budgets mit den Ergebnissen des Informationssystem zu korrigieren. Natürlich war es unvorstellbar, ein Budget um 30% zu vermindern. Aber man konnte sich ein stufenweises Verfahren vorstellen, zB wenn das Budget mehr als 20% zu gross ist, werden 5% abgezogen. Die Kurve

sieht wie eine Schlange aus. Aber die politischen Behörden fürchten die Proteste der Ärzte, der Arbeitnehmer, der lokalen Repräsentanten und der Bevölkerung ; da sie nicht explizit Stellung nehmen, bleiben sich die regionale Krankenhaus-Ämter, in ihre Politik selbst überlassen. Einige (wie im Nord-Pas de calais) verordnen eine automatische Verminderung, anderen benützen dieses Informationssystem sowie andere Kriterien, um die Aktivität der Krankenhäuser zu schätzen, und ihr Budget festzustellen. Aber die meisten stützen ihre Politik auf die Ergebnisse des Informationssystems. zB ist die Ile de France teurer als der Landesdurchschnitt, so bekommt sie eine kleinere Wachstumsrate als andere Regionen ; und innerhalb der Ile de France sind die Pariser Krankenhäuser teurer als der Regionsdurchschnitt, so bekommen sie noch kleinere Wachstumsraten.

Es ist immer schwer einer Abteilung Betten wegzunehmen, oder einem Krankenhaus weniger zu geben. Aber dem vorherbenutzten Argument, daß in einem spezifischen Fall die Aktivitätslast und die Bestrebungen kostensparend vorzugehen nicht in Betracht gezogen worden sind, können die Behörden leichter widerstehen. Die ISAaktivität und der Wert des ISA-Punktes sind jetzt die wichtigsten Informationen, wenn man ein Projekt vertreten will.

Unsere Zukunft

Langsam zeichnet sich eine Tendenz ab nach einem stärkeren Vergleich, und einer grösseren Kohärenz in der Weise, wie die verschiedenen Abteilungen den Patienten übernehmen. Der Arbeitsgestaltung wird mehr Bedeutung verliehen : erstens die Notwendigkeit leistungsfähiger zu sein und die Kosten zu dämpfen, und hier spielt das Informationssystem eine wichtige Rolle, zweitens das Akkreditierungsverfahren, das dazu verpflichtet, alle Einzelheiten der Arbeitsplanung zu berücksichtigen, und drittens die Verkürzung der Arbeitszeit, die bald in öffentlichen Krankenhäusern verwirklicht wird.

Trotzdem glauben einige, daß man dieses Informationssystem aufgeben sollte, ein anderes Verfahren schaffen sollte, und eine harte Preisbestimmung, einen festen Preis für jede Krankheitsgruppe, einführen sollte. Genau das fordern viele Krankenhäuser und Ärzte, aber die Verantwortlichen fürchten, daß solch ein Verfahren zu hart wäre. Einige erwähnen

private Versicherungen, die einen Teil der Bevölkerung versorgen würden. Zugleich zeigen die neuen Direktiven der Versicherungskassen und ihre Koordinierung mit den Staatsbehörden das Bemühen, die Zukunft des Gesundheitswesens positiv zu gestalten, mit der Absicht, es besser zu versorgen und weniger zu zahlen.

Das ist zweifellos das nächste Kapitel unseres Gesundheitswesens, mit anderen Worten : Fortsetzung folgt.

Literaturverzeichnis

KIMBERLY J.R., de POUVOURVILLE G. (1993) : The migration of managerial Innovation, Diagnosis-related groups and health care administration in Western Europe. *Jossey-Bass publishers, San Francisco*

MOISDON J.C., TONNEAU D. (1999) : la démarche gestionnaire à l'hôpital, tome 1, recherches sur la gestion interne, Editions Seli Arslan, Paris,

MOISDON J.C., TONNEAU D. (2000) : la démarche gestionnaire à l'hôpital, le PMSI, tome 2, la régulation du système hospitalier, Editions Seli Arslan, Paris,

e-mail öffentliche Adressen :

<http://www.le-pmsi.fr>

<http://webctip.snv.jussieu.fr>

Abkürzungen

ANAES : agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation des soins
= nationales Amt für Akkreditierung und Pflegeschätzung :

ARH : agence Régionale de l'Hospitalisation

Regionales Krankenhaus-Amt : mit Entscheidungsrecht über die DDASS und DRASS, um sie in Einklang mit den Sozialversicherungskassen zu bringen, um der

Krankenhauspolitik einer Region (im privaten und öffentlichen Bereich) mehr Kohärenz zu geben.

CMD : catégorie majeure de diagnostic

= Haupt-Diagnoseklasse

DIM : Directeur de l'information médicale

= Leiter für ärztliche Information : der Arzt des Krankenhauses, der das PMSI anwendet

DDASS : Direction Départementale de l'action sanitaire et sociale

DRASS : Direction Régionale de l'action sanitaire et sociale

departementalisches bzw regionales Amt für Pfleg- und Sozialangelegenheiten :

diese Ämter vertreten auf lokal Ebene das Gesundheitsministerium, bestimmen die Haushalte, und leiten die Arbeiten, um den SROSS zu bestimmen.

GHM : groupe homogène de malades

homogene Patientengruppe : französische Übersetzung der amerikanischen DRG.

Jeder Aufenthalt derselben Gruppe ist mit dem gleichen Punktwert gewichtet

ISA : indicateur synthétique d'activité

= Aktivitätsgesamtanzeiger : die Summe aller Punkte des Krankenhauses

PMSI : Programme médicalisé de système d'informations

= ärztliches Informationssystem : die heute verfügbare Information für die Aktivität der Akutaufenthalte in Krankenhäusern

SROSS : schéma régional d'organisation sanitaire et sociale

= regionale Pflege- und Sozialorganisationsplanung : die regionale Planung, um die Bedürfnisse der Bevölkerung bestens zu versorgen.

• • • • •

•
•
•
Vorbemerkungen

- **Deutsche Krankenhausversorgung international auf hohem Niveau**
- **Trotzdem im internationalen Vergleich wirtschaftlich**
- **Finanzielle Probleme unseres Gesundheitswesens verursacht vorrangig nicht der Krankenhaus-Sektor**

Herbert Franz - BKG

2

•
•
•

- •
- **Sicherung der Gesundheitsversorgung auf Dauer nicht allein durch Einnahmebegrenzung der Leistungserbringer zu gewährleisten**
 - **Politik muss sich endlich auch mit Einnahmeseite der Krankenkassen beschäftigen und nicht nur deren Einnahmepotenzial abschöpfen**

Herbert Franz - BKG

3

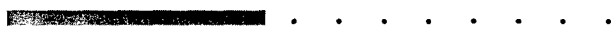
•
•
•



- Erwartet werden können hierzu auch konstruktive Vorschläge der Krankenkassen und nicht nur immer Schelte gegen Krankenhäuser
- Krankenhäuser haben nach wie vor steigende Fallzahlen und im Personalbereich über der Einnahmeentwicklung liegende Kostensteigerungen zu verkraften

Herbert Franz - BKG

4



•
•
•



- Einführung eines DRG-Systems im Jahre 2003 um jeden Preis ?

Nein Danke !

Herbert Franz - BKG

5



- ...
- ...
- ...
- **Schwierigkeiten für die Selbstverwaltung:**

„Rahmenbedingungen“ zum DRG-Vergütungssystem liegen nicht fest, da KHG und BPfIV noch nicht politisch verhandelt und angepasst

Herbert Franz - BKG

6

...

...

...

Zeitschiene zur System-Einführung

- **In keinem Land hat es einen solchen Zeitdruck für die Einführung eines DRG-Systems gegeben**
- **Systementscheidung in 2000 sicher möglich**
- **Erfreulich, dass jetzt nicht nur über AP-DRG'S diskutiert wird**
- **Problematisch aber Festlegung der Zu-/Abschläge mit Systemwahl**

Herbert Franz - BKG

7

- **Besonders problematisch ist Zeitraum bis 31.12.2001**
 - zur Anpassung des ausländischen Systems an deutsche Verhältnisse
 - Festlegung der Bewertungsrelationen
 - Festlegung der Zu-/Abschlagsregelungen
- **Wir halten ihn für nicht praktikabel**

Herbert Franz - BKG

8

- **Für die Selbstverwaltung kann nur folgendes Leitmotiv gelten:**

**Sachgerechte Lösungen
gehen vor Termindruck !**

Herbert Franz - BKG

9

...

sichtweise der BKG

- zu DRG's als Klassifikationssystem
- zu DRG's als Vergütungssystem
- zu Rahmenbedingungen im DRG-System

Herbert Franz - BKG

10

...

DRG als Klassifikationssystem

- Eindeutiges „JA“ der BKG zur Einführung von DRG's als Klassifikationssystem
 - Bessere Leistungsabbildung
 - Bessere Vergleichbarkeit
 - Bessere Budgetfindung
 - Bessere Planungs- und Steuerungskompetenz

Herbert Franz - BKG

11

- Mit DRG's wird kein prozedurenbezogener sondern ein diagnosebezogener Ansatz gewählt
- Systemwahl die deutschen Behandlungsmodalitäten am ehesten entspricht und das aktuelle medizinische Leistungsspektrum abbildet
- Anpassung an deutsche Behandlungsstrukturen unabdingbar

Herbert Franz - BKG

12

DRG's als Vergütungssystem

- In keinem einzigen Land, das DRG-Systeme einsetzt, werden Krankenhausleistungen ausschließlich über DRG's vergütet

Herbert Franz - BKG

13

-
- **DRG-Vergütung soll lt. gesetzlicher Vorgabe nur leistungsorientiert sein**
- **Anspruch auf leistungsgerechte Vergütung, wie derzeit in KHG und BPfIV, muss bleiben**
- **Gesetzlich vorgesehene Zu- und Abschlagsregelungen nicht ausreichend**

Herbert Franz - BKG

14

-
- **Wir halten Forderung nach Berücksichtigung individueller Gegebenheiten weiterhin aufrecht, ohne damit die Realisierung wirtschaftlichen Optimierungspotentials in einem Teil der Krankenhäuser verhindern zu wollen**
- **Hausindividuelle Entgeltkomponente ist unabdingbar**

Herbert Franz - BKG

15

- Medizinisch angepasste DRG's müssen vor Budgetwirkung ökonomisch kalkuliert werden
- Derzeitige Konfliktlösung bei Nichteinigung über Bewertungsrelationen (= Bundesschiedsstelle) nicht hinnehmbar
- Politik kann sich Verantwortung nicht entziehen

Herbert Franz - BKG

16

- Phase der „budgetneutralen“ Einführung (2003) ist wesentlich zu kurz
- Es bedarf eines längeren Übergangszeitraumes

Herbert Franz - BKG

17

.....

Rahmenbedingungen im DRG-System

- **Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser durch leistungsgerechte Budgets**
- **DRG-System als Entgeltsystem kann nur als Festpreis-System etabliert werden**

Herbert Franz - BKG

18

-
-
- **„Mengenproblem“ ist angesichts weiter steigender Leistungsnachfrage so zu lösen, dass Interessenausgleich zwischen Beitragssatzstabilität und Anspruch auf leistungsgerechte Vergütung besteht**
 - **Vorschlag von Krankenhausseite: Degressive Erlöse für Mehrleistungen**

Herbert Franz - BKG

19

- **Kein „Einkaufsmodell“ für Krankenkassen**
- **Festschreibung der staatlichen Letztverantwortung für die wirtschaftliche Sicherung bedarfsnotwendiger Krankenhäuser**
- **Krankenhausplanung im Konsens aller Beteiligten**

Herbert Franz - BKG

20

- **Institutionelle, neutrale Pflege und Weiterentwicklung des Systems**
- **Selbstverwaltungspartner waren diesbezüglich bisher nicht effizient**
- **Jährliche medizinische und ökonomische Anpassung an die Entwicklung**

Herbert Franz - BKG

21

•
•
•
Schlussbemerkungen

- **DRG-Vergütungssystem löst generelle Finanzierungsprobleme nicht**
- **Mehr Leistungsgerechtigkeit bei entsprechender Ausgestaltung**
- **Höhere Leistungstransparenz ermöglicht optimierte Leistungsplanung auf allen Ebenen**
- **Unsere Skepsis bezüglich der Ausgestaltung als Komplettsystem bleibt**

Herbert Franz - BKG

22

•
•
•

- **BKG streitet weiterhin für sachgerechte Lösungen**

Herbert Franz - BKG

23

Einführung eines DRG-Systemes aus der Sicht der AOK-Bayern

Thomas Gabler

Krankenhausabteilung der AOK Bayern

Herr Gabler unterlegte seine Ausführungen mit den nachfolgenden Präsentationsfolien. Auf eine Ausformulierung wurde ebenfalls verzichtet.

DRG: Diagnosis Related Groups

Einführung eines DRG-Fallpauschalen-Systems

Hoffnungen und Ängste

Neubiberg, 08. Juni 2000

Thomas Gabler



Leistungsmanagement Vertragsrecht KH/Reha-Einrichtungen

Inhalt

- Die Gründe für ein neues Vergütungssystem
- Die Forderungen des GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000
- Die Chancen aus Sicht der Krankenkassen
- die Risiken aus Sicht der Krankenkassen
- Der Zeitplan bis zur Einführung
- Die DRG-Varianten
- Das Vergütungssystem auf Grundlage der DRG's
- Komplementäre Vergütungsbereiche
- Die Bedeutung der Kodierqualität
- Verhandlungsebenen
- weitere Anwendungsbereiche für DRG's
- Handlungsbedarf im Krankenhaus



Rückblick

Gründe für ein neues Entgeltsystem

- Beendigung des Mischsystems
(kommunizierende Röhren)
nach 8 Jahren Entwicklung pauschalierter Entgelte werden
nur 20% - 25% der stationären Leistungen abgebildet)
- Wegfall der alten "Blackbox" FP-Kalkulation
(Transparenz)
- Einführung monistischer Finanzierung



GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000

Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems (§ 17 b Abs. 1 und 2 KHG)

- **Durchgängiges, leistungsorientiertes, pauschalierendes Vergütungssystem**
- **Komplexitäten und Komorbiditäten sind abzubilden**
- **Praktikabler Differenzierungsgrad**
- **Für voll- und teilstationäre Leistungen**
- **Bundeseinheitliche Fallgruppen und Bewertungsrelationen**
- **Punktwerte bundeseinheitlich oder regional differenziert**
- **Bundeseinheitliche Regeln für Zu- und Abschläge**
- **International eingesetztes Vergütungssystem auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG)**



Bundesgesundheitsministerin

A. Fischer (103. Ärztetag - am 09.05.00 in Köln)

"Im Krankenhausbereich wird das umfassende diagnosebezogene Preissystem mehr Transparenz in die Vergütung bringen, durch die Vergleichbarkeit den Wettbewerb fördern und damit zu mehr Qualität beitragen."



DRG-Kritik

Es gewinnen nimmer zu erwarten !!!
Nur noch .
Schwere Qualitätsmängel für Deutschland!!!
Nichts An der Verteilung des Mangels !!
Nur noch .
Schwere Qualitätsmängel für Deutschland!!!
Nichts An der Verteilung des Mangels !!

Chancen

■ Qualität

- Leistungsgerechte Vergütung
- umfassendes System (z.B Abbildung konservat. Med.)
- Abbildung med. Schweregrade und ökonomischer Perspektiven
- Kodierqualität = Transparenz--> Qualität intern / extern

Chancen ⁽²⁾

■ KH-Planung/Finanzierung

- Dezidierte Planung weicht einer Rahmenplanung
 - > Folge: Planung verliert jetzigen Stellenwert
- Polit. Einflussnahme sinkt
- duale Finanzierung wird trotzdem beibehalten (By.)
- Objektivierung der Budgetverhandlungen



Chancen ⁽³⁾

■ Wirtschaftlichkeit

- Betriebswirtschaftliche Aspekte gewinnen an Bedeutung
- Leistungsentwicklung und -steuerung krankenhausintern und -extern ermöglichen
- unnötige Pflegetage werden vermieden
- Selbstregulierung des Bettenbedarfs
- Internationales Ranking belegt Wirtschaftlichkeit deutscher KH



Chancen ⁽⁴⁾

■ Sonstiges

- Fallgrupplierung über Routinedaten aus dem Datensatz nach § 301 SGB V möglich
- Eindeutig geregelte Pflege des Systems möglich
- Bessere Europaverträglichkeit



Risiken

■ Qualität

- Zweiklassenmedizin
- Verzögerung des medizinischen Fortschritts
- Mangelverwaltung
- Punktwertverfall
- zu frühe Entlassung
- Rückgang der Qualität
- Risikoselektion
- Abhängigkeit von Bundesgremien
- System nicht aktuell (Abrechnung / Modellvorhaben ?)



Risiken ⁽²⁾

■ KH-Planung/Finanzierung

- Wegfall dualer Finanzierung
- Flächendeckende adäquate Versorgung ?
- Gefahr oligopoler KH-Versorgung
- Bundeseinheitlichkeit (keine Länderspezifika)



Risiken ⁽³⁾

■ Wirtschaftlichkeit

- Gefahr des "Upcoding"
- Anstieg der Fallzahlen
- Wettbewerbsverzerrung bei den Krankenkassen
(RSA-Adaption notwendig?)
- Kostenexpansion in der Sekundärbehandlung (AHB)
- hoher Prüfaufwand
- med. Beratungsaufwand



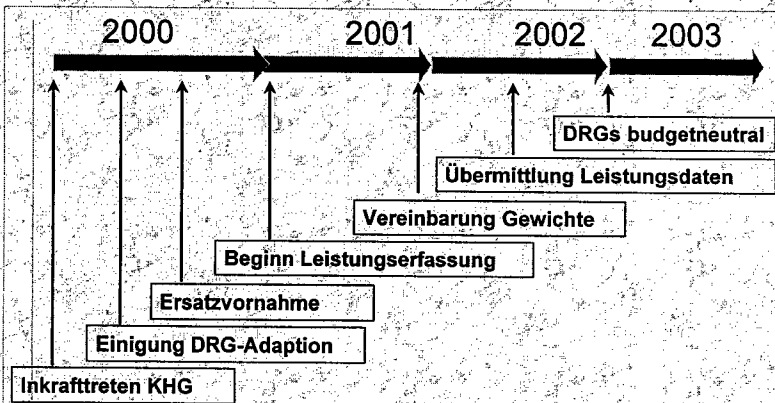
Risiken ⁽⁴⁾

■ Sonstiges

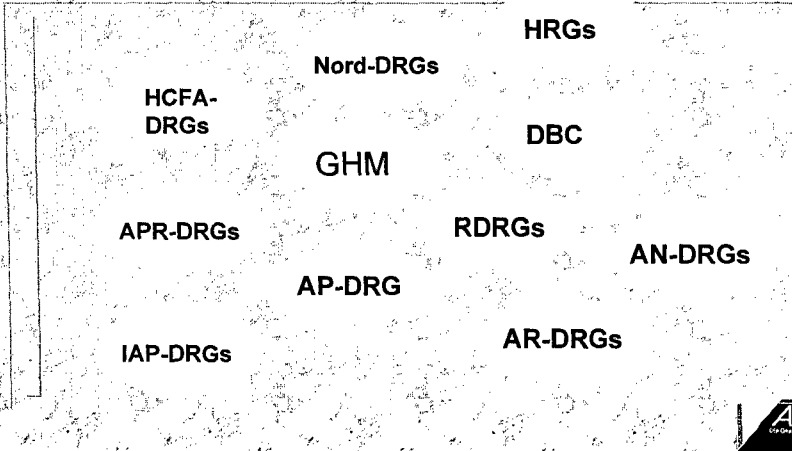
- bremst integrierte Versorgung
- adäqu. Differenzierungsgrad zu hoch vs. zu niedrig
- Managed care (= Pat.begleitg.)
- keine Abbildung von
 - > psychiatrischen,
 - > Dialyse-Fällen, sowie in der
 - > Frührehabilitation
 - > teilstationäre Versorgung?
- Modellvorhaben auf Landesebene?



Zeitplan bis 2003



DRG-Varianten



DRG-Systeme - USA

	1. HCFA-DRGs	2. AP-DRG	3. APR-DRG
Anzahl Fallgruppen	490	641	1530
Schweregrad-berücksichtigung	begrenzt	differenziert	sehr differenziert
Einsatz seit	1983	1988	1990
Anwendung	Medicare - Versicherte	im Staate New York	unterschiedlich
Anwendungszweck	Vergütung	Vergütung	Qualitätssicherung



DRG-Systeme - International

	AN-/AR-DRG	NORD-DRG	GHM
	Australien	Skandinavien	Frankreich
Anzahl Gruppen	667/661	495	590
Schweregrad-berücksichtigung	differenziert	begrenzt	begrenzt bis differenziert
Einsatz seit	1992/96	unterschiedlich	1995
Anwendungszweck	Vergütung, Budgetermittlung, Planung	Vergütung, Leistungsplanung	Budgetfindung, Leistungsmessung

Weitere: Großbritannien, Portugal, Griechenland, Schweiz, Spanien, Belgien, Ungarn, usw.



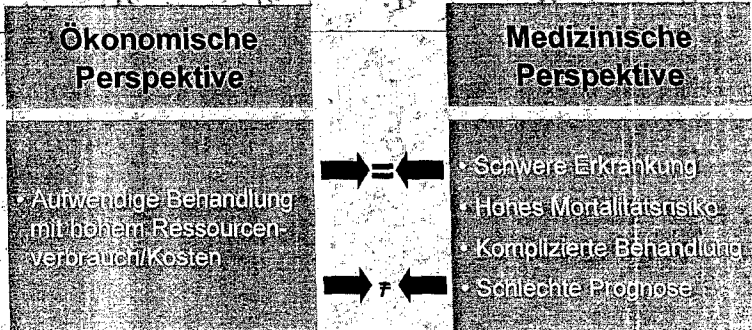
DRG-Familie

Gruppen

HCFA-DRG	für Medicare	493
AP-DRG	All-Patient	641
AN-DRG	Australian National	667
GHM	Groupes homogenes de malades	590
APR-DRG	All-Patient Refined	1530
AP-International-DRG		1042



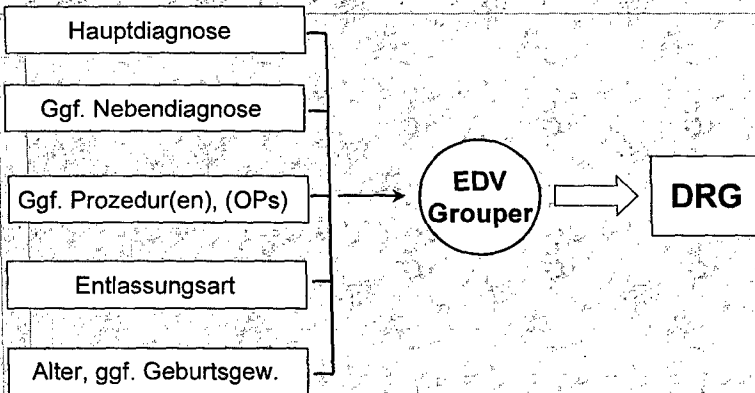
Schweregrad-Berücksichtigung bei DRG's



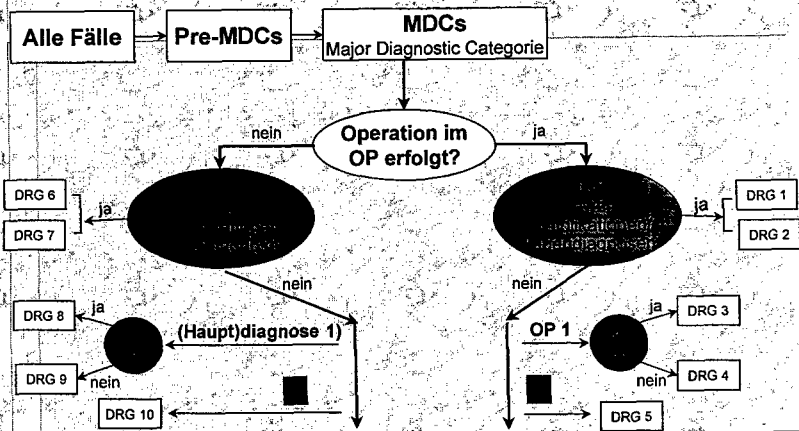
DRG-Perspektive = Aufwandshomogene Gruppen



Eingruppierung eines Falles in eine DRG



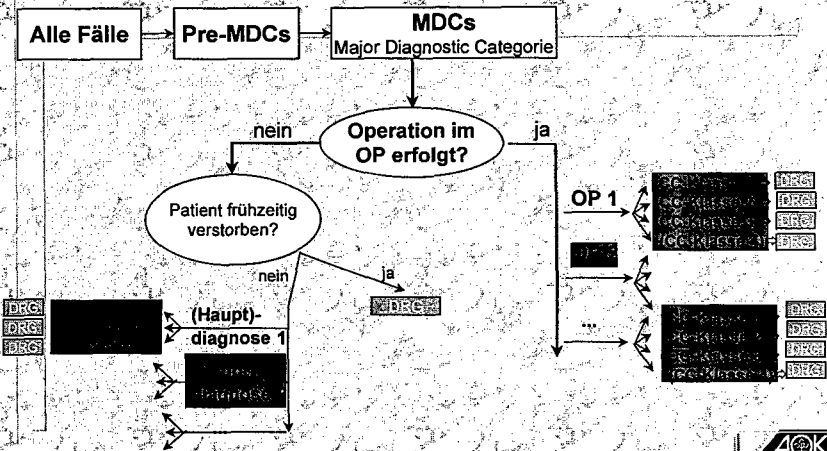
DRG-Systematik* (AP-DRG)



* vereinfachte Darstellung



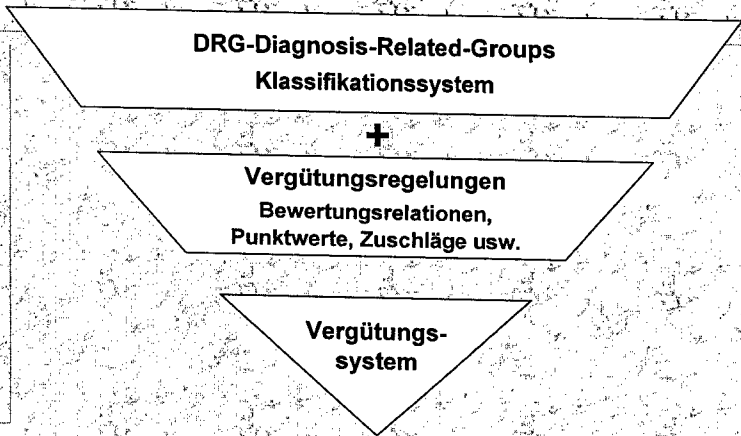
DRG-Systematik* (R-DRG)



* vereinfachte Darstellung



Vergütungssystem auf der Grundlage von DRG's



Drei Optionen für Relativgewichte



Ermittlung von Bewertungsrelationen

Vom Gesetzgeber vorgegebene Möglichkeiten:

- ◆ Bewertungsrelationen aus Fallkosten einer Stichprobe von Krankenhäusern ermitteln
- ◆ International bereits eingesetzte Bewertungsrelationen übernehmen
- ◆ Weiterentwicklung international eingesetzter Bewertungsrelationen



Vorschlag

Vorhandene Gewichtung auf deutsche Verhältnisse umrechnen.

Nur nötigste Ergänzungen des verwendeten DRG-Systems. (Belegarzt, Dialyse.....)

Optimierung der Klassifikation erst dann, wenn wir saubere Daten haben.



Preisbildung im neuen Entgeltsystem

Variante 1: Relativgewicht Punktwert (z.B. landesweit)

DRG 1	1.500 Punkte	1,0 Punkte = XX DM
DRG 2	800 Punkte	
DRG 3	3.500 Punkte	

Variante 2: Relativgewicht Base Rate (Kosten/Preis für eine Standardbehandlungsfall 1,0)

DRG 1	1,5	Relativgewicht von 1,0 = XX DM
DRG 2	0,8	
DRG 3	3,5	

Variante 1: Relativgewicht x Punktwert → Preis pro DRG

Variante 2: Relativgewicht x Base Rate → Preis pro DRG



DRG - Case-Mix-Index (CMI)

⇒ **CMI = Maß für die Komplexität des Fallspektrums eines KH**
(im Verhältnis zum Standardbehandlungsfall → Relativgewicht = 1,0)

Beispiel:

2 Fälle	Relativgewicht = 1,5	2 x 1,5 = 3
2 Fälle	Relativgewicht = 1,0	2 x 1,0 = 2
1 Fall	Relativgewicht = 4,0	1 x 4,0 = 4

$$\text{CMI} = \frac{\sum \text{Relativgewichte} \times \text{Fallzahl}}{\text{Anzahl Fälle}} = \frac{9}{5} = 1,8$$

KH-Budget = CMI x Base rate x Fallzahl



Vergütung pro Fall

Vergütung pro DRG

Relativgewicht	Bundesweit
$\times$	
Punktwert/Baserate	Landesweit ?
$+/-$	
Zu-/Abschläge	Krankenhausbezogen
$+/-$	
Ausgleiche	Krankenhausbezogen
$+/-$	
Ergänzende Vergütungen	Fallbezogen
$+/-$	
Selbstkostenfaktor	Krankenhausbezogen

(in 2003)



Punktwert-Konvergenz in drei Schritten

CMI KH 1					
		1/3			
CMI KH 2					
2002	2003	2004	2005	2006	2007



Komplementäre Vergütungsbereiche

Nicht alle stationären Fälle/Bereiche werden über DRGs vergütet, z.B.:

- **Ambulante Leistungen**
- **Psychiatrie**
- **Frührehabilitation**



Bedeutung der Kodierqualität

- **Künftig sind Diagnosen-/Prozeduren für die Vergütungshöhe entscheidend**
- **Nebendiagnosen können zu höherer Vergütung führen**
- ⇒ **Kodierqualität im Krankenhaus verbessern (Right-Coding)**
- **Gefahr Up-Coding**
- ⇒ **Stichprobenprüfungen, um Mißbrauch zu verhindern**



Verhandlungsebenen

Bund

- Pflege medizinische Klassifikation
- Ermittlung Relativgewichte
- Komplementäre Vergütungssysteme
- Rahmenvorgaben Qualitätssicherung

Land

- Aushandeln Landesbudget (?)
- Anpassung Landespunktwert, Strukturfaktoren
- Durchführung Qualitätssicherung

KH

- Ausgleichsberechnung
- Fallpauschalmengen
- Abgrenzung sonstiger Entgelte



Weitere Anwendungsbereiche für DRGs

- Krankenhausinterne Leistungsanalyse und Leistungsplanung
- Qualitätssicherung
- Krankenhausbetriebsvergleich
- Krankenhausplanung
- Gesundheitsberichterstattung



Handlungsbedarf im Krankenhaus

- **Erfahrungen in DRG-Modellversuchen sammeln**
- **Medizinisches Controlling einführen/verbessern (z. B. Kodierqualität)**
- **Kostenträgerrechnung einführen/verbessern**
- **Fallpauschalanreize vorwegnehmen**



Schlußbemerkungen

Das 9. Neubiberger Krankenhausforum fand nicht zuletzt aufgrund der aktuellen Thematik einen außerordentlichen Zuspruch. Rund 180 Teilnehmer meldeten sich an. Sie setzten sich, ähnlich wie in den Jahren zuvor, aus den verschiedenen Berufsgruppen aus dem Krankenhaus, den Krankenversicherungen und den Krankenhauszulieferindustrien zusammen.

Das Ziel, die verschiedenen Positionen der beteiligten Parteien transparent zu machen und zugleich Wissenschaft und Praxis zu verbinden, wurde –aus unserer Sicht- auch diesmal erreicht.