

Das deutsche G-DRG-System, Hintergründe und Erfahrungen aus der Sicht der Leistungserbringer

Wie leben deutsche Spitäler mit den DRGs?

Die Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems auch in den Spitälern der Schweiz wird derzeit durch Akteure wie den Verein SwissDRG vorbereitet. Ziel ist es, auch in der Schweiz ein «Refined»-DRG-System zu positionieren, das die landesspezifischen Eigenheiten ausreichend berücksichtigt.¹

DRGs im Fokus

Die pauschalierte Vergütung nach Diagnosis Related Groups (DRGs) wird in der Schweiz voraussichtlich 2008 eingeführt. Heute beginnen wir im «clinicum» mit einer umfassenden Auseinandersetzung mit der Problematik der DRGs. Werden sie mehr Effizienz in der Leistungserbringung und auch mehr Transparenz in der Leistungsabrechnung bringen? Die Erwartungen sind hoch geschraubt. Entsprechend ist es interessant zu erfahren, wie andere Länder das DRG-System applizieren. Deshalb blicken wir zuerst über den Rhein nach Deutschland.

Der nachfolgende Artikel markiert den Beginn einer Folge von drei Artikeln zum immer aktuelleren Thema DRGs mit den folgenden Schwerpunkten:

1. Hintergründe und Erfahrungen in Deutschland
2. Erfahrungen und Schlussfolgerungen für die Schweiz
3. Ausblick auf die Zukunft aus politischer Sicht

von Dr. Joachim Kartte, Oliver Rong und Aleksandar Ruzicic, Roland Berger Strategy Consultants

Unser Anspruch als Verfasser liegt weniger auf einer vollständigen Vermittlung des aktuellen Konzeptionsstandes als vielmehr auf der beispielhaften Darstellung von konkreten Handlungsoptionen für die betroffenen Stakeholder. Da die Umstellung der Vergütung von Krankenhäusern eine Reaktion auf die Veränderungen in den Gesundheitssystemen ist, zu Beginn eine kurze Einführung in diesen Kontext.

Der Handlungsbedarf – Die Kosten für die Gesundheit steigen kontinuierlich an

Wie in allen Volkswirtschaften kann auch in Deutschland ein stetes Ansteigen der Gesundheitskosten beobachtet werden. Bedingt durch die prognostizierte demografische Entwicklung, den medizinisch-technischen Fortschritt und den Trend zu mehr Gesundheitsbewusstsein/Wellness kann eine beschleunigte Steigerung der Gesundheitsausgaben und damit der Beitragssätze vorher gesagt werden. Je nach Szenario läge der Beitragssatz im Jahr 2020

bereits bei deutlich über 15% des persönlichen monatlichen Bruttoeinkommens und stiege auf bis zu knapp über 30% an (vgl. Grafik 1: Entwicklung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung²).

Eine steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen könnte unmittelbar zu neuen Arbeitsplätzen in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sowie mittelbar in der Gesundheitsindustrie (z.B. Medizintechnik) führen. Die Konsequenz steigender Ausgaben in einem umlagefinanzierten Gesundheitssystem sind aber auch steigende Beiträge und damit steigende Lohnnebenkosten für die Arbeitgeber. Diese verteuern die Kosten des Faktors Arbeit bei den Arbeitgebern und erhöhen so die Notwendigkeit weiterer Rationalisierungen mit insgesamt negativem volkswirtschaftlichen Gesamteffekt (vgl. Grafik 2).

Die Beitragszahlungen an die Krankenversicherung decken dabei nur einen Teil der Gesamtkosten der Krankenhäuser in Deutschland ab – hieraus werden, der sogenannten **dualen Krankenhausfinanzierung** entsprechend, nur die Betriebskosten der Krankenhäuser beglichen. Die Investitionskosten³ müssen von den Trägern aufgebracht werden bzw. werden von den Bundesländern (Pauschal- und Einzelförderung) und vom Bund (bei den Universitätskliniken zu 50%) letztlich aus Steuermitteln aufgebracht. Die Mittel aus der dualen Krankenhausfinanzierung sind durch die Haushaltslage der Bundesländer seit Jahren rückläufig und reichen nicht aus, um die notwendigen Investitionsbedarfe zu decken (Investitionsmittel 1990: 3,64 Mrd. EUR, 2006 2,72 Mrd. EUR, Rückgang um ca. 44%⁴).

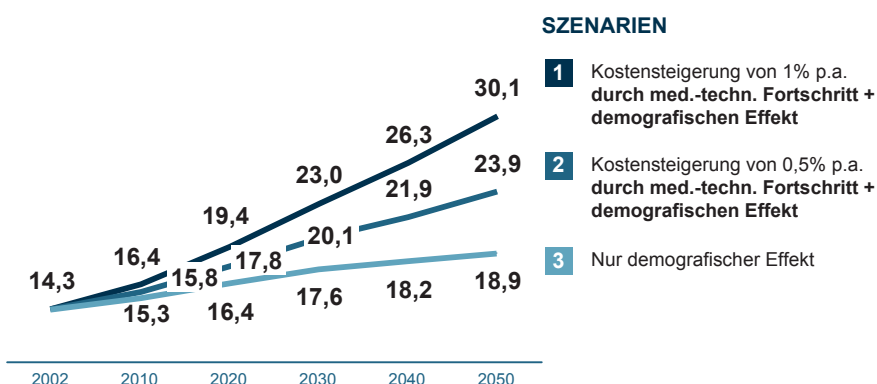
Der Gesetzgeber reagiert – Bereits seit Jahren soll die Ausgabensteigerung über Gesetze begrenzt werden

Die steigenden Kosten in der Krankenhausversorgung waren bereits der Auslöser zahlreicher Reformen und Gesetzesvorhaben. Die **wesentlichsten Vorhaben** in Deutschland waren:

- 1972: Das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser (KHG)
- 1984: Das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz

Grafik 1

Entwicklung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung¹⁾



¹⁾ % des persönlichen monatlichen Bruttoeinkommens

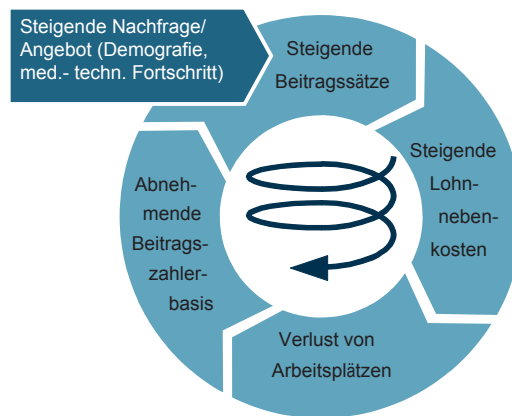
Quelle: Roland Berger



- 1985: Die Bundespflegesatzverordnung (statt wie bisher die Selbstkosten werden vorkalkulierte Selbstkosten erstattet)
- 1992: Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG, Leistungsgerechte Pflegesätze, die es einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen, Neuheit: Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips)
- 1995: Die Bundespflegesatzverordnung (Einführung von Preissystemen für Leistungskomplexe im Sinne von Fallpauschalen und Sonderentgelten)
- 2000: Das Gesundheitsreformgesetz 2000 (Weg für die Einführung eines neuen Vergütungssystems im Krankenhaussektor auf Basis von DRGs)
- 2003: Das Fallpauschalengesetz (Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser – Fallpauschalengesetz FPG)
- 2004: Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG, unter anderem mit einer Förderung von Modellen zur Integrierten Versorgung) und das zweite Fallpauschalenänderungsgesetz (Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser) mit der Verlängerung der Konvergenzphase und der Konvergenzschritte hin zu einem einheitlichen Basisfallwert)
- 2006 Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform ab 2007 mit den Zielen⁵:

Grafik 2

Gesamtwirtschaftliche Abwärtsspirale als Konsequenz weiter steigender Versicherungsbeiträge



Quelle: Roland Berger

- Erweiterte Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten
- Förderung des Wettbewerbs um die beste Qualität zu sichern
- Mehr Wirtschaftlichkeit von Krankenkassen und Leistungserbringern
- Mehr Durchblick bei Angeboten, Leistungen und Abrechnungen
- Beseitigung überflüssiger und belastender Bürokratie

Alle Gesetze bzw. Gesetzesvorhaben zielten auf die Verbesserung der Effizienz der Krankenhausversorgung bei gleichzeitiger Wahrung der Qualität der Krankenhausversorgung ab. Die Wahlmöglichkeiten aus Patientensicht (Leistungserbringer und Versicherer) wurden sukzessive verbessert und die bisherige, strikte Trennung von ambulanten und stationärer Leistungserbringung wurde, beginnend mit dem GMG, 2004 aufgelockert. Die hiermit ermöglichte und durch einen Sonderbudgettopf⁶ geförderte <in-

tegrierte Versorgung» bildete eines der wesentlichen Reformelemente.

Die DRG-Einführung – Die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf DRGs als Mittel zur Kostendämpfung

Im Zuge der Gesundheitsreform 2000 wurden die Grundlagen für die mittelfristige Umstellung der Finanzierung der deutschen Akut-Krankenhäuser auf pauschalierte Entgelte geschaffen. Bis dahin hing der Erlös im wesentlichen über die sogenannten tagesgleichen Pflegesätze von der Länge des Aufenthaltes eines Patienten ab.

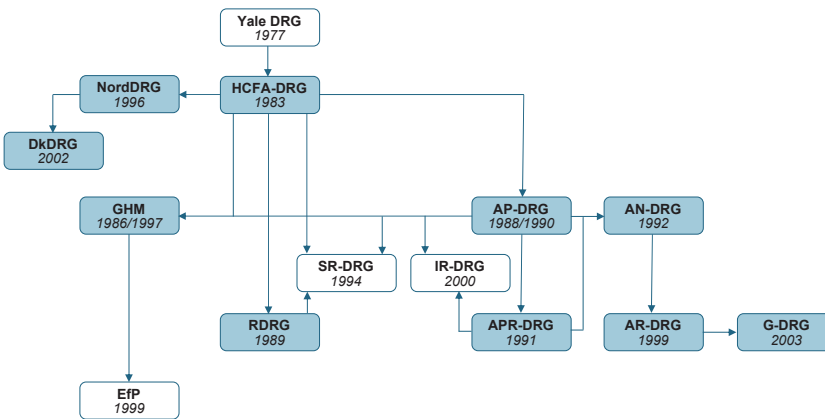
Daraus ermittelte sich der Erlös aus Sicht des Krankenhauses über krankenhausesindividuell vereinbarte tagesgleiche **Basispflegesätze** (zur Abgeltung der Hotelleistung) und fachabteilungsindividuell vereinbarte **Abteilungspflegesätze** (für die medizinische Diagnostik, Therapie und Pflege). Bereits ca. ein Fünftel der Erlöse wurden seit der Gesundheitsreform 1995 über pauschalierte Entgelte (Fallpauschalen: Vergütungen für einen bestimmten Fall; Sonderentgelte: Vergütungen für eindeutig umrissene Leistungen innerhalb eines Behandlungsfalles) ermittelt. Diese nur einen Teil des Leistungsspektrum umfassende Pauschalierung der Entgelte sollte mit der Einführung eines international erprobten DRG-Systems über das gesamte Leistungsspektrum⁷ ausgeweitet werden.

DRG-Systeme sind **Patientenklassifikationssysteme** mit dem Ziel der systematischen Zuordnung aufwandsähnlicher Fälle zu möglichst kostenhomogenen Fallgruppen unter Beachtung von Kriterien der medizinischen Zusammengehörigkeit. Erstmals wurde ein solches System 1975 an der US-amerikanischen Yale-University entwickelt. Es enthielt 317 Fallgruppen⁸. 1983 erfolgte im Auftrag der Health

Roland Berger Strategy Consultants: Experten fürs Gesundheitswesen (DRGs)

Roland Berger Strategy Consultants verfügt über einen ausgewiesenen Branchenschwerpunkt im Gesundheitswesen und berät im Competence Center «Pharma und Healthcare» Kunden aus dem Spital-/Altenpflege-, Pharma- und Medizintechnikbereich bei einer Vielzahl von unterschiedlichen Fragestellungen. In Deutschland, in Österreich und in der Schweiz unterstützen diese Experten ihre Kunden aus dem Spital- und Krankenkassenbereich unter anderem bei der Anpassung an veränderte Finanzierungsmodelle, wie sie durch die Umstellung der tagesgleichen Vergütung auf eine pauschalierte Vergütung, wie zum Beispiel in Deutschland nach G-DRGs¹¹, auftreten. Die umfangreichen Erfahrungen von Roland Berger Strategy Consultants aus der Unterstützung deutscher Krankenhäuser aller Versorgungsstufen (Grund-/Regelversorgung, Schwerpunktversorgung und Maximalversorgung sowie Universitätskliniken) lassen sich auch auf die Schweiz übertragen und bilden einen Erfahrungsfundus, der Schweizer Spitalern und Versicherern bei der Vorbereitung auf die DRG-Einführung nützlich sein kann.

Grafik 3
Übersicht DRG Familie nach ZIM, Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin



Quelle: ZIM; Fischer W., Die DRG-Grossfamilie im Jahr 2003, aus: <http://www.fischer-zim/streiflicht/DRG-Familie-9512.htm>

Care Financing Administration (HCFA-DRGs, 470 Fallgruppen) die Weiterentwicklung für den Einsatz als Vergütungsinstrument für die stationäre Behandlung durch Medicare in den USA.

Danach gab es laufend **Weiterentwicklungen**:

- AP-DRGs (All Patient Diagnosis Related Groups, gegenüber den HCFA-DRGs differenzierter, da für die Versicherer weitere Krankheitsbilder relevant waren)
- R-DRGs (refined DRGs, hier erfolgte erstmals eine Bildung von chirurgisch/internistischen Klassen)
- APR-DRGs (Weiterentwicklung der AP-DRG von 3M Health Information System)
- GHM in Frankreich (Groupes homogènes de malades) wurden auf der Basis der HCFA-DRGs entwickelt und später um Elemente der AP-DRGs ergänzt
- NordDRGs wurden für Skandinavien entwickelt
- AN/AR-DRGs (AN-DRGs: Australian National Diagnosis Related Groups, AR-DRGs: Australian Refined Diagnosis Related Groups, die ausgehend von der APR-DRG Version 7.0 ab 1992 in Australien entwickelt wurden und auch die Basis für die G-DRGs bilden)

australische Modell ist zurzeit das modernste, das auch ideale Voraussetzungen für die Anpassung auf deutsche Verhältnisse sowie für eine künftige Weiterentwicklung bietet.

Im November 2000 wurde zwischen Deutschland und Australien ein Vertrag über die Nutzung des australischen DRG-Systems geschlossen. Mit der Anpassung und der Weiterentwicklung auf deutsche Verhältnisse werden aus den AR-DRGs die German Diagnosis Related Groups (G-DRG).

Das AR-DRG-System weist 23 Hauptgruppen (MDCs = Major Diagnostic Categories), Prioritätsgruppen (Pre-MDCs) für besonders aufwändige Fälle (z.B. Transplantationen, Langzeitbeatmung) und eine weitere Gruppe (Fehler-DRGs) für nicht eindeutig zuzuordnende Fälle auf. Auf der Ebene der MDCs können die Fälle nach:

- operativen Leistungen mit Nutzung des OP-Saales («chirurgische Partition»),
- konservativer Behandlung («medizinische Partition»),
- interventionellen und aufwändigen diagnostischen Leistungen («sonstige Partition») differenziert werden.

Die obige Grafik zeigt die «DRG-Familie».

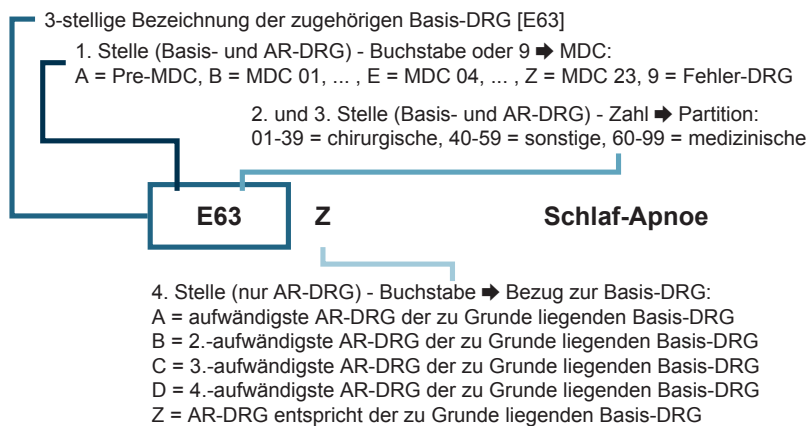
Entscheid für das australische System

Die Selbstverwaltungspartner, die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), haben sich am 27. Juni 2000 für das australische AR-Patientenklassifikationssystem der Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs) entschieden. Nach der damaligen Einschätzung der Selbstverwaltungspartner war es das am besten geeignete DRG-System. Diese «verfeinerten» (Refined) Gruppen zeichnen sich durch eine übersichtliche Struktur aller Komponenten aus. Das

Es erfolgt eine systematische **Schweregradgewichtung** von Komorbidität (Nebenerkrankungen) und Komplikationen durch die Berücksichtigung sämtlicher relevanter Nebendiagnosen (CC-Nebendiagnosen, CC = Complication and/or Comorbidity mit fünf möglichen Schweregraden – Complication and Comorbidity Level (CCL) 0-4) und die rechnerische Ermittlung eines fallbezogenen kumulativen PCCL-Schweregrades (PCCL = Patient Clinical Complexity Level 0-4) auf der Grundlage der Basis-DRGs. Weiterhin ist ein **Alterssplit** (für Neugeborene, für pädiatrische Fälle zwischen 1 und 16 Jahren und für geriatrische Fälle für unterschiedliche Altersstufen zwischen 60 und 80 Jahren) vorgesehen. Eine weitere Differenzierungsmöglichkeit besteht für **Tagesfälle** («Sameday»-Entlassung) (vgl. Grafik 4).

Grafik 4

Systematische Nomenklatur der AR-DRGs



Quelle: Roland Berger

Die für einen Patienten abrechenbare DRG wird über das sogenannte **Grouping** mittels eines Groupers ermittelt. Dazu werden folgende Datenelemente erfasst:

- Diagnosen,
- Prozeduren,
- Geschlecht,
- Alter,
- Entlassungsgrund,
- Verweildauer,
- Urlaubstage,
- Aufnahmegewicht,
- Status der psychiatrischen Zwangseinweisung,
- Status der Verweildauer in Belegungstagen sowie
- Dauer der maschinellen Beatmung.

Der DRG-Groupier kann eine Vielzahl von Diagnosecodes (bis zu 50) und sogar noch mehr Prozedurencodes (bis zu 100) pro Datensatz verarbeiten. Der Groupier führt die folgenden Aufgaben in der angegebenen Reihenfolge aus:

- Überprüfung demographischer und klinischer Merkmale
- MDC-Zuordnung
- Prä-MDC-Verarbeitung
- MDC-Partitionierung
- Zuordnung zur Basis-DRG
- Zuordnung von CCL und PCCL
- DRG-Zuordnung

Wesentlich für die Erlöserzielung ist die Festlegung der Hauptdiagnose. Diese beeinflusst wesentlich die Einstufung in die jeweilige MDC. Mit dem Abschluss des Grouping-Vorgangs liegt die abrechenbare DRG vor. Die Bewertungsrelation der DRG wird mit dem zunächst hausintern vereinbarten Basisfallwert und am Ende der Konvergenzphase mit einem landeseinheitlichen (d.h. landesweit einheitlichen) Basisfallwert multipliziert und ergibt so den erzielbaren Falllös.

Ursprünglich sollte das G-DRG-System zum 1.1.2007 budgetwirksam eingeführt werden. Es stellte sich aber heraus, dass dies auf Grund der hohen Anzahl von Krankenhäusern mit Konvergenzabschlüssen und der noch nicht zufrieden stellenden Abbildung komplexer Behandlungen (Extremkostenfälle, Maximalversorgungsleistungen) nicht möglich sein würde (vgl. Grafik 5).

Wesentliche Korrekturen

Mit dem Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz (Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften – 2.FPÄndG) wurden daher wesentliche Korrekturen am Einführungsverfahren vorgenommen. Die Konvergenzphase wurde bis 2008 verlängert, es erfolgte die Einführung einer **Kap-**

pungsgrenze, die die Budgetumverteilung von über den Landesbasisfallwerten liegenden Krankenhäusern begrenzt (2005 1 %, 2006 1,5 %, 2007 2 %, 2008 2,5 %, 2009 3 %). Auch die geplanten **Konvergenzschritte** hin zum Zielbudget wurden auf 15 % (2005), 23,5 % (2006), 30,8 % (2007), 44,4 % (2008) und 100 % (2009) des Unterschiedsbetrags zum Zielbudget auf Basis des Landesbasisfallwerts begrenzt. Erst zum 1.1.2009 soll so die **volle Budgetauswirkung** erreicht werden.

Das G-DRG-System wird laufend weiter entwickelt. Hierzu hat das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK gGmbH) Vereinbarungen über die Datenlieferung mit Krankenhäusern aller Versorgungsstufen getroffen⁹. Diese stellen ihre Kostendaten für das jeweilige Kalkulationsjahr im Rahmen eines Kalkulationsschemas dem InEK zur Verfügung. Parallel können die Selbstverwaltungspartner ebenfalls in einem definierten Verfahren Vorschläge zur Weiterentwicklung von einzelnen Elementen des Systems einreichen.

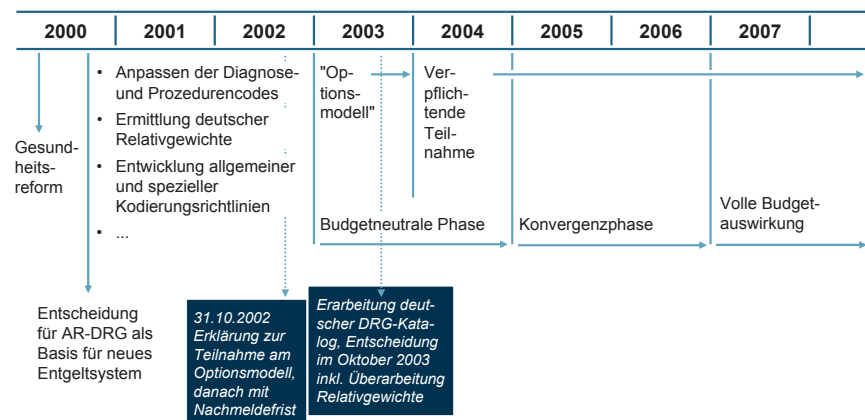
Neben einer laufenden Ausdifferenzierung der DRGs in den MDCs, d.h. der Abgrenzung neuer DRGs, erfolgte eine sukzessive Weiterentwicklung des DRG-Systems über die Definition von Ausnahme- und Zusatzbereichen wie:

- **Zusatzentgelten** (zusätzlich zu einer DRG abrechenbare Sachverhalte wie Kosten für Arzneimittel und bestimmte teure Medizinprodukte)
- **§6 Absatz 1-Entgelten** (krankenhausindividuell zu verhandelnde Entgelte)
- **Sondervereinbarungen für besondere Einrichtungen**, die nicht über DRGs abgerechnet werden
- **Entgelte für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUBs)**

Durch diese Verbesserungen konnte die Akzeptanz des G-DRG-Systems deutlich verbessert werden.

Grafik 5

Ursprünglicher Zeitplan für die DRG-Einführung in Deutschland



Quelle: Roland Berger

Effekte aus der Einführung von Fallpauschalensystemen

Aus der Einführung von Fallpauschalensystemen werden folgende Wirkungen erwartet:

- **Steigende Fallzahlen:**
Durch die Konzentration einer Behandlungsepisode auf eine Behandlung (Hauptdiagnose) werden Begleiterkrankungen in separaten Episoden behandelt («Fallsplitting»).
- **Sinkende Fallkosten:**
Durch die aufgetrennte Behandlung in mehreren Behandlungsepisoden sinken die Kosten je Behandlung ab, durch Spezialisierung (Skaleneffekte) ebenfalls.
- **Steigende Behandlungsqualität:**
Die Spezialisierung der Krankenhäuser führt zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität.
- **Gebremster Anstieg der Kosten für die Krankenkassen/-versicherungen:**
Die Kosten der Versicherungen steigen durch das Fallsplitting und sinken durch die Effizienzverbesserung bei spezialisierter Leistungserbringung ab.
- **Verkürzung der Verweildauer:**
Das Fallsplitting und die Spezialisierung der Krankenhäuser führen zu sinkenden Verweildauern.
- **Reduktion von stationären Behandlungskapazitäten:**
Die sinkenden Verweildauern überkompensieren die mögliche Fallzahlsteigerung, so dass insgesamt die stationären Behandlungskapazitäten signifikant reduziert werden.

Die Einführung von Fallpauschalensystemen hat nicht immer zu den gewünschten Veränderungen der Krankenhauskosten geführt. In den USA konnte kein Nachweis eines kostenreduzierenden Effektes durch die DRG-Anwendung erbracht werden. Auch die Behandlungsqualität wurde durch die DRG-Einführung nicht messbar beeinflusst. Festgestellt wurde, dass die Patienten bei Aufnahme und Entlassung grundsätzlich «kränker» (Verbesserung der Dokumentation der Fälle) als vor der Systemeinführung sind. Messbare Veränderungen wurden bei wesentlichen **Krankenhauskennzahlen** nachgewiesen. So wurde ebenfalls in den USA¹⁰ beobachtet:

- Eine Verringerung der durchschnittlichen Verweildauer von 7,6 Tagen (1980) auf 6,2 Tage (1996)
- Eine Abnahme der durchschnittlichen stationären Belegungsquote von 75 - 80 % (1983) auf 61 % (1996)
- Eine Reduktion der Aufwendungen der Medicare für stationäre Behandlungen (bezogen auf die Gesamtausgaben) von 67 % (1980) auf 49 % (1995)
- Zunehmende Kooperationsbildung im Krankenhaus-Bereich, einhergehend mit einer Spezialisierung der Krankenhäuser (KH): 27 % der KH in Kooperationsverträgen (1985), >45 % der KH in Kooperationsverträgen (1995)
- Eine deutliche Zunahme ambulanter Operationen:
 - 1980-1993 +211 % ambulante OPs
 - 1980-1993 -7 % stationäre Eingriffe



- 1980: 16,3 % der KH bieten ambulante OPs an
- 1996: rd.60 % der KH bieten ambulante OPs an
- Zunehmende Verlagerung der Leistung aus dem traditionellen Krankenhausbereich z. B. in Pflegeeinrichtungen:
 - 1990: 1,9 Mio Fälle mit Heimpflege (5.718 Anbieter)
 - 1995: 3,4 Mio Fälle mit Heimpflege (9.147 Anbieter)

Weiterhin konnten Veränderungen bei der **Organisationsstruktur** der Krankenhäuser und auf der **Prozessebene** dokumentiert werden:

- Aufbau von Dokumentations-Abteilungen durch Krankenhäuser
- Entwicklung neuer Berufsbilder (Medizincontroller, Dokumentare, Dokumentationsassistenten)
- Aufbau von Rechnungsprüfungsabteilungen bei den Krankenversicherungen
- DRG-bezogene Wirtschaftlichkeitsüberprüfungen und Therapieoptimierungen durch die Krankenhäuser
- Einführung von Behandlungspfaden und leitliniengesteuerten Therapiekonzepten durch die Krankenhäuser

Ähnliche Veränderungen konnten in europäischen Ländern mit pauschalierten Entgeltsystemen (vgl. Grafik 6) beobachtet werden.

Aus Sicht der Leistungserbringer ist die Konsequenz der Einführung von Fallpauschalensystemen ein Verlustrisiko je einzelnen Fall. Da der Falllös landeseinheitlich mittelfristig normiert wird, können je abgerechnetem Fall in Abhängigkeit von der Krankenhausindividuellen Kostenposition Verluste oder Gewinne entstehen (vgl. Grafik 7)

Erfolgsfaktoren der DRG-Einführung aus Sicht der Leistungserbringer

Die Umstellung des Vergütungssystems erfordert die gründliche Überprüfung und Anpassung der Organisationsstrukturen und Prozesse innerhalb der Krankenhäuser. Es müssen die **Voraussetzungen** geschaffen werden, um sich auch unter DRG-Bedingungen erfolgreich am Markt positionieren zu können. Hierzu gehört:

- Umfassende **Transparenz** über alle am Patienten erbrachten Leistungen sämtlicher Akteure im ärztlichen Dienst, Pflege- und Funktionsdienst und sonstiger Beteiligten – dies erfordert eine vollständige und zeitnahe Erfassung aller Leistungen am Patienten (Dokumentation), hierzu gehört auch die Ermittlung des optimierten Codierungsmodells, das innerhalb der fixierten Rahmenbedingungen das optimale Erlösvolumen generiert
- Umfassende **IT-Unterstützung** durch Vernetzung aller an dem Prozess Beteiligten

Grafik 6

Effekte bei der Einführung von DRG-basierten Vergütungen im Krankenhausbereich

- Ø Signifikante Rückgänge der stationären Verweildauern (VD)
- Ø Anstieg des Casemix-Index¹ (CMI = Ø ökonomische Fallschwere)
- Ø Steigerung der Produktivität der Krankenhäuser, das heisst
 - Anstieg der Fallzahl (FZ) bei gleichzeitiger
 - Reduzierung der Kosten je Fall (KF)
- Erhöhung der Kosten je Behandlungstag (KT)

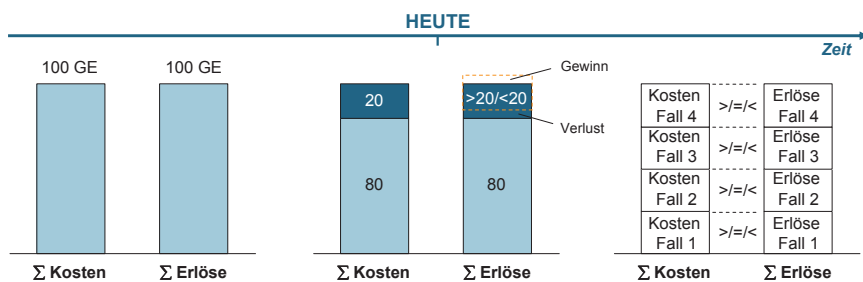
Land	Umfang	Zeitraum	Ø VD	FZ	KF	KT	CMI
Schweden ¹	Bezirk Stockholm	1990-1993	-23 %	+5 %	-	-	-
Norwegen ²	Norwegen	1994-1998	-5,2 %	+9,8 %	-	-	+3,6 %
Italien ³	1 KH, hpts.	1994-1998	-57,9 %	-	-31,5 %	+62,1 %	+17 %
	Dermatologie	1997-1998	-	-	+5 %	-	-
Österreich ⁴	Burgenland	1996-1997	-2,8 %	+1,1 %	+3,9 %	+8,2 %	-
Italien ⁵	1 KH (konservativ)	1997-1998	-26 %	+1,8 %	-	-	+9 %

1. Paulson, E. Health care utilization in the «Stockholm Model». Proceedings Manual, 15th PCS/E Konferenz 1999
 2. Lundgren, S. et al. «The Influence of the new financing reform on hospital casemix in Norway». Proceedings Manual, 15th PCS/E Konferenz 1999
 3. Aparo, U.L. et al., An Analysis of Hospital Productivity. Proceedings Manual, 15th PCS/E Konferenz 1999
 4. Soszynski, P. et al., 1 Jahr 15a-Vereinbarung Burgenland, ÖKZ, 5/1998
 5. Foglia, M. et al., Experience using casemix as an indicator for value health activity in an Italian hospital. Proceedings Manual, 15th PCS/E Konferenz 1999

Quelle: Roland Berger

Grafik 7

Potenzielles Verlustrisiko je Behandlungsfall als Konsequenz der DRG-Einführung



- Kein Gewinn oder Verlust möglich, da volle Kosten-erstattung
- Verluste bei Fallpauschalen/ Sonderentgelten (bis zu 20-30% der Leistung) möglich
- Zusätzliche Risiken durch Rückzahlungen (bei Budget-überschreitung)
- Gewinn/Verlust bei jedem Fall möglich
- Perspektivisch wegfallende Budgetdeckung erschliesst Wachstums-/Spezialisierungsperspektiven

Quelle: Roland Berger

• **Schulungen**

Es gibt im Rahmen der DRG-Thematik drei inhaltlich Fragestellungen, aus denen der Schulungsbedarf erwächst:

- Alle Beteiligten müssen sich über die Bedeutung der DRG-Einführung für die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses und ihre persönliche Rolle im Klaren sein. Es muss gerade im ärztlichen – wie im Pflegedienst – eine Sensibilisierung auch für die ökonomischen Auswirkungen der in diesen Berufsgruppen primär kurativen und auf den Patienten ausgerichteten Tätigkeiten stattfinden. Hier sind vor allem das Management des Krankenhauses und die Leiter der einzelnen Einrichtungen gefordert. Nur eine kontinuierliche Auseinandersetzung aller Beteiligten mit den Entwicklungen, Chancen und Risiken des DRG-Zeitalters kann das Verständnis und die Bereitschaft für zu leistenden Mehraufwand fördern.
- Auf der Basis dieses Bewusstseins kann erst eine «technische» Schulung in Kooperation des Medizincontrolling und der EDV-Abteilung erfolgen. Im Vordergrund steht hier sicherlich der Umgang mit den allgemeinen und speziellen Codierrichtlinien und die ökonomische Falloptimierung an Hand der Festlegung von Hauptdiagnosen und der Relevanz von Nebendiagnosen sowie Prozeduren.
- Letztlich müssen natürlich Kenntnisse im Umgang mit der entsprechenden Hard- und Software vermittelt werden, um den potenziellen Nutzen der technischen Ausstattung zu realisieren und zu optimieren.

Die vorgenannten Aspekte müssen zu einem vorausschauenden, an inhaltlichen und zeitlichen Zielen orientierten **Schulungskonzept** integriert werden. Dieses Konzept sollte sowohl alle beteiligten Personen erfassen, auf individuell relevante Inhalte fokussiert sein, um die zusätzliche Arbeitsbelastung zu minimieren sowie einen interaktiven Lernprozess ermöglichen:

• **Anreizsysteme**

Die Einsicht in die Notwendigkeit einer hohen Codierqualität durch Aufklärungs- und Schulungsmassnahmen ist durch **geeignete Anreizsysteme** für die Erfüllung der Ziele zu ergänzen. Diese Anreize können materiellen wie immateriellen Charakter haben. Wichtig ist, dass ein Bonussystem auch die Ebene der tatsächlichen Leistungserbringer im Sinne von Dokumentations- und Codiertätigkeit erreicht und gute Ergebnisse z.B. auf Klinikenebene nicht durch ein neues Grossgerät abgegolten werden. Nur so kann verhindert werden, dass der Begriff DRG nicht ausschließlich als abstraktes Abrechnungsinstrument wahrgenommen und der Bezug zur täglichen Klinikarbeit deutlich wird.

• **Projektmanagement**

Die Einführung der DRGs in einem Krankenhaus, insbesondere in einem der Maximalversorgung, ist ein **hochkomplexes Projekt**. Keine Abteilung und keine Klinik bleibt von Ablauf oder Auswirkungen ausgenommen.

- **Interne Bepreisung** der erbrachten Leistungen mit den hierbei verursachten Kosten zur Herstellung von Kostentransparenz (Kostenträgerrechnung)
- Strategisch orientierte **Leistungsplanung** auf Basis einer Analyse des Markt- und Wettbewerbsumfelds (Welche Fallspektren werden sich wie verändern, wo liegen gegenüber den Wettbewerbern Stärken und Schwächen?)

In den von Roland Berger durchgeführten Projekten zur Begleitung der DRG-Einführung in deutschen Krankenhäusern konnten folgende Erfolgsfaktoren identifiziert werden:

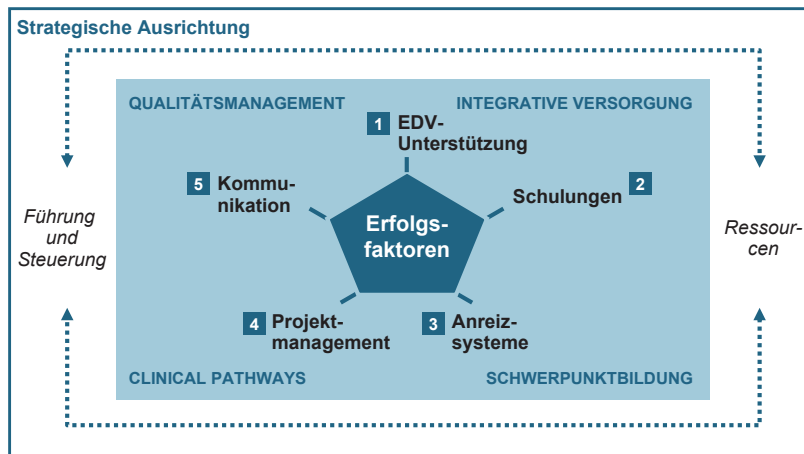
• **IT-Unterstützung/EDV-Unterstützung**

EDV-Unterstützung meint nicht das blosse Einsetzen eines Groupers, der aus den benötigten Datensätzen eine abrechnungsfähige DRG generiert. Vielmehr geht es um die Zusammenfassung von Leistungserbringung, Leistungsdokumentation,

(medizinischem) Controlling, Abrechnung und Planung. Hierzu ist eine **flächendeckende und vernetzte Hardwareausstattung auf den einzelnen Stationen** sowie in den **OP- und Funktionsabteilungen** in Verbindung mit einer **einheitlichen Software** erforderlich. Diese erst ermöglicht eine orts- und zeitnahe Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren. Vor allem Medienbrüche und Schnittstellenverluste werden so reduziert. In ein **Krankenhausinformationssystem (KIS)** integrierte Codierhilfen und Befundarchivierung erleichtern und präzisieren den Codierprozess. Des Weiteren wird einerseits bereits dem primär Codierenden eine Kontrolle der Plausibilität und Erlösauswirkung seiner Eingaben ermöglicht. Andererseits können eine kurzfristige Analyse sowie ein Feedback des Medizincontrollings realisiert werden. Weiterhin ist ein ausgefeiltes Berichtswesen notwendig.

Grafik 8

Erfolgsfaktoren bei der DRG-Einführung



Quelle: Roland Berger

• Kommunikation

Kommunikation ist ein elementarer Bestandteil bei allen Veränderungsprozessen. Die Beantwortung von Fragen wie «Warum muss ich das machen? Was bringt das? Wie geht es weiter? Wer macht hier eigentlich was?» darf nicht jedem Einzelnen selbst überlassen werden. Missverständnisse, Abwehrhaltungen und daraus folgernd reduzierte Eigeninitiative und Motivation sind häufig die Folge. Der oben erwähnte Projektplan mit Meilensteinen, eventuelle Änderungen, resultierende Erfolge, Misserfolge und neue Lösungsansätze sollten allen bekannt und vertraut sein. Nur so kann das Gefühl entstehen, auf etwas hin zu arbeiten.

Grafik 8 zeigt die einzelnen Erfolgsfaktoren auf. Ergänzt werden diese durch mit der DRG-Einführung eng verbundene Themenfelder wie

- Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagements
- Kooperationen mit anderen Leistungserbringern (z.B. in Deutschland im Rahmen der integrierten Versorgung)
- Etablierung von Clinical Pathways
- Bildung von Medizinischen Schwerpunkten

Wenn diese Erfolgsfaktoren beachtet werden, dann wird das Krankenhaus die Chancen, die sich durch die DRG-Einführung auch ergeben, nutzen können.

Weitere Informationen

Roland Berger AG
 Strategy Consultants
 Aleksandar Ruzicic
 Neumünsterallee 12
 8008 Zürich
 Telefon 044 384 81 11
 Fax 044 384 81 19
 www.rolandberger.com

Über die Autoren

Dr. Joachim Kartte leitet das internationale Competence Center «Pharma & Healthcare» von Roland Berger Strategy Consultants mit Sitz in Berlin. Angebunden sind im Rahmen der länderübergreifenden Zusammenarbeit auch die Healthcare-Aktivitäten in Österreich und in der Schweiz. Dr. Kartte verfügt über langjährige Erfahrungen im Bereich der Leistungserbringer (Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen) und Krankenkassen/-versicherungen. Unter anderem hat er gemeinsam mit Herrn Prof. Berger in der Rürup-Kommission mitgewirkt, ist über die Mitgliedschaft in Gremien wie D21, Innovationsrat etc. intensiv in die Entwicklung der Telematik involviert und ist laufend im Erfahrungsaustausch mit zahlreichen Leistungserbringern.

Oliver Rong verantwortet als Principal im Competence Center «Pharma & Healthcare» bei Roland Berger Strategy Consultants von Berlin aus Projekte im Bereich Krankenhäuser, Reha- und Pflegeeinrichtungen aller Trägerschaften. Sein Beratungsschwerpunkt sind Projekte mit dem Ziel der Ergebnisverbesserung/ Reorganisation, Integration von Leistungserbringern verschiedener Sektoren und die Erschließung von innovativen Wachstumsfeldern, insbesondere im Umfeld von Universitätskliniken.

Aleksandar Ruzicic verantwortet als Principal im Zürcher Büro von Roland Berger Strategy Consultants Projekte sowohl im Bereich Gesundheitswesen (Krankenhäuser und Krankenkassen) als auch Pharma- bzw. Medizintechnikindustrie. Aleksandar Ruzicic verfügt über langjährige Erfahrungen im Schweizer Gesundheitswesen, wie zum Beispiel der Einführung von DRGs in einem Schweizer Zentrums-Spital, der operativen Verbesserung von Vertrieb und Administration für eine der grössten Schweizer Krankenkassen und die Unterstützung beim Aufbau von mehreren Schweizer eHealth-Unternehmen. Er leitet als Präsident den INSEAD Healthcare Industry Club der Schweiz und wirkt in mehreren Arbeitsgruppen der economicsuisse im Bereich Gesundheitswesen mit.



Anmerkungen

- 1 Quelle: www.swissdr.org
- 2 Quelle: Rürup-Kommission
- 3 Nach §2 KHG gehören zu den Investitionen: Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterung des Krankenhauses), die Erstausrüstung der Anlagegüter und Gebrauchsgüter und die Wiederbeschaffung der Anlagegüter; das Grundstück ist von der Förderung ausgenommen, dies muss durch den Träger eingebracht werden
- 4 Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft, www.dkgev.de
- 5 Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitspolitik/gesetze_meilensteine/gesundheitsreform2007/index.html
- 6 Gefördert durch einen Budgetabzug von 1% der stationären Leistungen
- 7 Ausnahme: Psychosomatische/Psychiatrische Leistungen
- 8 Robert Fetter et al.
- 9 Für die Kalkulation 2006 waren dies knapp 300 Krankenhäuser
- 10 Quelle: Coffey: «Casemix Information in the United States: 15 Years Of Management And Clinical Experience», Casemix, 1/99
- 11 German Diagnosis Related Groups