

Zehn Jahre Diagnosis Related Groups – eine Bilanz

DRGs erhalten gute Noten

Sie stehen für die größte Umwälzung in deutschen Krankenhäusern: die Diagnosis Related Groups (DRGs). 2003 ersetzten die Fallpauschalen die bis dahin geltende Vergütung nach tagesgleichen Sätzen. Seitdem werden die Kliniken nicht mehr danach bezahlt, wie lange ein Patient dort bleibt, sondern danach, wie schwer die Krankheit ist und welche Behandlung sie erfordert, also nach den erbrachten Leistungen.

Nach zehn Jahren DRGs stellen Fachleute dem neuen Entgeltsystem im Krankenhaus eine überwiegend positive Bilanz aus. Das IGES-Institut, das die Auswirkungen der DRGs im gesetzlichen Auftrag untersuchte, kommt zu dem Schluss: Die meisten gesetzten Ziele sind erreicht worden. So haben sich die Kosten- und Leistungstransparenz sowie die Kodierqualität erhöht. Die Verweildauer ist weiter gesunken. Seit der Einführung der DRGs arbeiten Krankenhäuser produktiver. Sie haben ihre Arbeitsabläufe optimiert und Ressourcen erschlossen. Schließlich zeigt die gesetzliche Qualitätssicherung, dass sich die Qualität der Versorgung seit der Einführung der Fallpauschalen verbessert hat.

Der Bericht des IGES weist aber auch auf unerwünschte Effekte des Systems hin. So führte die Abrechnung nach DRGs zu einem rasanten Anstieg von Krankenhausleistungen und damit zu höheren Ausgaben der Krankenkassen. Hingegen blieb der erwartete Wettbewerb, bei dem die am schlechtesten wirtschaftenden Krankenhäuser aus der Versorgung ausscheiden, laut IGES-Bericht aus. Ebenso die erhoffte Spezialisierung der Häuser, die die Qualität der Versorgung hätte verbessern sollen. Hier gelte es, das Vergütungssystem weiterzuentwickeln und mit geeigneten Instrumenten Fehlentwicklungen zu beseitigen, so die IGES-Experten.

DRGs: Vorzüge überwiegen

Vorzüge

- + Kosten- und Leistungstransparenz
- + Vergütung nach Leistung
- + bessere Ergebnisqualität
- + höhere Produktivität

Tücken

- Fallzahlenanstieg
- zu viele Klinikbetten
- fehlende Spezialisierung

Mehr Transparenz im Behandlungsgeschehen, sachgerechte Bezahlung, bessere Ergebnisqualität und höhere Produktivität – beim DRG-System wiegen die Vorzüge schwerer als die Tücken.

INHALT

Hintergrund und Presse Seite 2

>> Fünf Wahrheiten über die Fallpauschalen

Markt und Meinung Seite 3

>> Transparenz der Behandlungsergebnisse fördert die Qualität

>> DRGs: Amerika kann von Europa lernen

>> Helios und Debeka bieten eine betriebliche Krankenzusatzversicherung an

Versorgung und Service Seite 4

>> Hessen beschließt Baupauschale

>> Universitätsklinikum Halle soll erhalten bleiben

>> QSR: WIdO nimmt Herzkatheter unter die Lupe

Zahlen – Daten – Fakten Seite 5

>> DRGs sind nicht der Grund für das Mengenproblem

„Das Angebot schafft sich die Nachfrage.
Ganz salopp gesagt: Wo ein Krankenhaus ist,
liegt auch ein Kranker drin.“

Norbert Blüm, ehemaliger Bundesminister
für Arbeit und Sozialordnung

DRG-System – gutes Werk oder „Teufelszeug“

Fünf Wahrheiten über die Fallpauschalen

Der Widerstand gegen die Einführung der Fallpauschalen war heftig: Kritiker warnten vor Massenpleiten unter den Krankenhäusern, malten Horrorszenarien wie „blutige Entlassungen“ an die Wand und sagten das Ende

der Hochschulmedizin voraus. Keine dieser Prophezeiungen hat sich bewahrheitet. Trotzdem halten sich manche DRG-Vorurteile hartnäckig. Fünf davon hat der „Blickpunkt Klinik“ unter die Lupe genommen.

■ **DRGs bilden die Krankenhauskosten nicht sachgerecht ab.**

Das DRG-System stellt auf die Vergütung der durchschnittlichen Kosten pro Fall ab, nicht der Selbstkosten. Wie viel ein Krankenhausfall im Durchschnitt kostet, berechnet das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Grundlage für die Kalkulation sind rund fünf Millionen Kostendaten aus etwa 200 Krankenhäusern und zehn Unikliniken. Einmal pro Jahr aktualisiert das Institut alle Fallpauschalen. Am Verfahren können sich Krankenhäuser beteiligen und ihre Verbesserungsvorschläge einbringen. Das gilt auch für die sogenannten Extremkostenfälle, also Patienten, die eine besonders teure Behandlung benötigen. Für solche Fälle sieht das System noch weitere Vergütungsformen wie Zusatzentgelte vor. Insgesamt weisen die positiven Jahresabschlüsse vieler Krankenhäuser, darunter die Mehrheit der Unikliniken, auf die gute Ertragslage hin.

■ **DRGs schaden der Qualität.**

Die Ergebnisse der DRG-Begleitforschung zeigen, dass die Pauschalen die Versorgungsqualität nicht beeinträchtigt haben. Im Gegenteil: Die poststationäre Mortalität ist gesunken, ebenso die Rehospitalisierungsrate. Auch spielt die sogenannte „blutige“ Entlassung laut Experten keine Rolle.

■ **DRGs bedingen Mengenausweitung.**

Die Fallpauschalen sind nicht der Grund für das Mengenproblem in Deutschland. Denn es gibt sie auch in anderen Ländern, ohne dass die Fallzahlen explodieren (siehe Seite 5). Vielmehr sind es ordnungspolitische Rahmenbedingungen wie Überkapazitäten und fehlende Investitionsfinanzierung, die die Krankenhäuser hierzulande dazu zwingen, jedes Jahr mehr Leistungen zu erbringen, um zu überleben.

■ **DRGs bedeuten zu viel Bürokratie.**

Erst die DRGs haben Krankenhäuser in die Lage versetzt, ihr Leistungsspektrum zu erfassen und die Stärken und Schwächen einzelner Abteilungen zu erkennen. Die detaillierte Dokumentation fördert zudem die Transparenz und Qualität, da gleiche Leistungen identifiziert und verglichen werden können.

■ **DRG-Rechnungen werden zu intensiv geprüft.**

Durch falsche Abrechnungen entstehen den Krankenkassen gewaltige Kosten – nach eigenen Berechnungen etwa zwei Milliarden Euro pro Jahr. Das sind drei Prozent des gesamten Rechnungsvolumens. Auch der Bundesrechnungshof stellte in seinem Bericht von 2011 fest, dass 30 Prozent der geprüften Abrechnungen fehlerhaft sind, und forderte deshalb eine Ausweitung der Rechnungsprüfung.

PRESSEECHO

„Gesundheit Nordhessen“ schreibt erneut schwarze Zahlen

Die „Gesundheit Nordhessen“ schreibt zum vierten Mal in Folge schwarze Zahlen. Im Jahr 2012 hat das kommunale Klinikunternehmen einen Gewinn von 1,742 Millionen Euro erzielt. Der Umsatz stieg auf 334,5 Millionen Euro. Das Eigenkapital erhöhte sich auf 62,2 Millionen Euro. Motor der positiven Entwicklung ist laut Geschäftsführung erneut der Bereich Krankenhaus und dabei insbesondere das Klinikum Kassel.

Pressemitteilung des Klinikunternehmens, 04.06.2013

Vivantes macht mehr Gewinn

Mit 6,7 Millionen Euro Jahresgewinn hat der kommunale Berliner Klinikkonzern Vivantes 2012 zum neunten Mal in Folge einen positiven Abschluss vorgelegt. Die Erlöse aus Krankenhausleistungen steuerten mit 5,3 Millionen Euro den Löwenanteil zum Gewinn bei.

Ärzte Zeitung, 22.05.2013

Asklepios: Überschuss steigt um 216 Prozent

Der Asklepios-Konzern hat 2012 den Jahresüberschuss um 216 Prozent auf 112,9 Millionen Euro gesteigert. Das sind 77,2 Millionen Euro mehr als im Jahr zuvor. Die Umsatzrendite im Geschäftsjahr 2012 beträgt 3,8 Prozent. Im Jahr 2012 behandelten die Asklepios-Kliniken fast zwei Millionen Patienten, 14,7 Prozent mehr als im Vorjahr. Der Umsatz des Konzerns stieg um 16,5 Prozent auf drei Milliarden Euro.

Pressemitteilung von Asklepios, 30.04.2013

OECD-Studie

Transparenz fördert Qualität

Wenn es darum geht, Daten zur Versorgungsqualität zu erheben, belegt Deutschland unter den Industriestaaten einen Spitzenplatz. Das belegt eine aktuelle Studie der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). So liegen laut OECD hierzu-lande zu jedem Krankenhaus detaillierte Informationen darüber vor, welche Eingriffe in welchen Kliniken mit welchen Ergebnissen gemacht werden. Jedoch nutze

Deutschland diese Daten kaum, um die Krankenhausfinanzierung nach der Behandlungsqualität auszurichten und dadurch die stationäre Versorgung zu steuern. Auch sind die deutschen Kliniken nicht gesetzlich dazu verpflichtet, die erhobenen Daten vollständig zu veröffentlichen. Dabei zeigen Erfahrungen aus Schweden, dass die Transparenz der Ergebnisse zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen kann. 1979 startete dort das Hüftendoprothesen-Register. Seitdem müssen Patienten mit künstlicher Hüfte immer später zu einer Revisions-OP (siehe linke Grafik). Das Register ist mit ein Grund dafür.

Internationaler DRG-Vergleich

USA können von Europa lernen

Kann der Lehrling klüger sein als sein Meister? Bei den Diagnosis Related Groups (DRGs) trifft das zu. Wissenschaftler der Technischen Universität (TU) Berlin haben herausgefunden, dass die USA, das Ursprungsland der DRGs von den Europäern einiges lernen können. So bilden laut TU-Experten die europäischen DRGs die tatsächlichen Kosten genauer ab und sorgen mit gezielten Abrechnungsregeln dafür, dass Kliniken Patienten erst dann entlassen, wenn sie wirklich genesen sind. Auch werde in Europa die Leistungsmenge teilweise gedeckelt, um zu verhindern, dass Kliniken aus finanziellen Gründen immer mehr Patienten behandeln.

Neue betriebliche Zusatzversicherung

Helios und Debeka kooperieren

Helios steigt ins Versicherungsgeschäft ein. Gemeinsam mit dem privaten Versicherer Debeka bietet der Klinikkonzern eine betriebliche Krankenzusatzversicherung an, die Unternehmen für ihre Mitarbeiter abschließen können. Dadurch erhalten diese den Status von Privatpatienten. Neben den 50 Helios-Kliniken sollen sich auch Rhön-Häuser am Angebot beteiligen.

KOMMENTAR

Gute Arbeit muss sich auszahlen



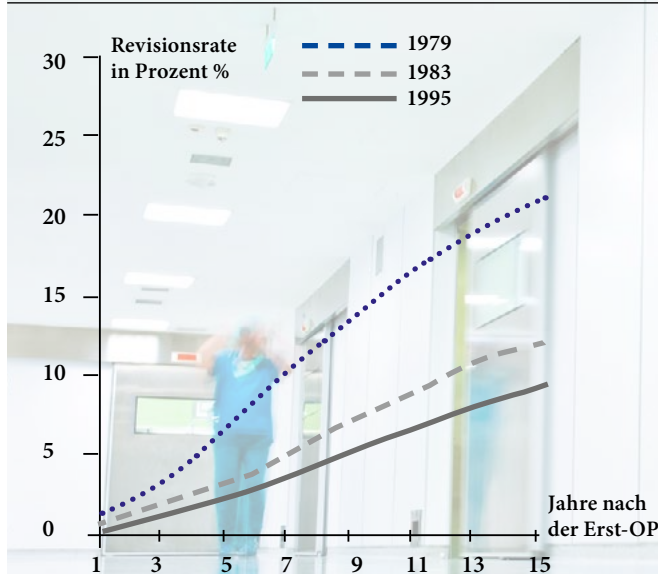
An die Einführung der Fallpauschalen knüpften sich viele Hoffnungen, von denen zehn Jahre später einige erfüllt wurden, andere leider nicht. Zu begrüßen ist, dass im deutschen DRG-System die meisten Kosten und Fälle der stationären Versorgung abgebildet sind. Dank der DRGs haben wir heute einen wesentlich besseren Einblick in das Leistungs- und Kostengeschehen der Krankenhäuser.

Manche Erwartungen blieben jedoch unerfüllt. So sind trotz des neuen Systems Krankenhausaufgaben und Fallzahlen stetig gestiegen. Auch sind bis dato DRGs eine reine Prozesskostenvergütung, die keinen Einfluss auf die Qualität der Leistungen nimmt. Dadurch werden in der Tat Fehlanreize generiert, die sich jedoch mit einem ordnungspolitischen Resetting beheben lassen. Hier gilt es vor allem, neue Mechanismen so zu definieren, dass sich gute Qualität für Kliniken auszahlt und der Hauptanreiz, mehr Fälle zu behandeln, geschwächt wird.

Auch wäre zu überlegen, ob es sinnvoll ist, Krankenhäuser für gleiche Leistung auch gleich zu bezahlen. Diese zunächst scheinbar richtige Logik ist jedoch im ökonomischen Rahmen unzutreffend, da die Krankenhäuser je nach Standort unterschiedliche Kosten haben. Dies sollte im Rahmen einer verbesserten, mehr wettbewerblich organisierten Preissteuerung überdacht werden.

Professor Dr. Andreas Beivers ist Studiendekan Health Economics der Business School an der Hochschule Fresenius in München.

Offenheit der Ergebnisse zeigt Erfolg: In Schweden halten Hüften immer länger



Von den Patienten, die 1979 eine künstliche Hüfte bekommen hatten, waren nach 15 Jahren über 21 Prozent erneut behandelt worden. Von denjenigen, die 1995 operiert wurden, kamen 2010 nur noch knapp zehn Prozent erneut auf den OP-Tisch.

Quelle: Swedish Hip Arthroplasty Register, Annual Report 2011

Investitionsfinanzierung in Hessen**Land beschließt Baupauschale**

Das Land Hessen will die Finanzierung der Krankenhäuser neu regeln. Ab dem Jahr 2016 soll Geld für Baumaßnahmen in einer jährlichen Pauschale bereitgestellt werden. Bisher werden die Mittel für Bauvorhaben in jedem Einzelfall auf Antrag vergeben. Mit der Änderung sollen die Kliniken größere Flexibilität erhalten. Ein entsprechender Gesetzentwurf wurde nach Angaben des hessischen Gesundheitsministeriums vom Kabinett beschlossen. Mit der Pauschale sollen ab 2016 insgesamt etwa 250 Millionen Euro im Jahr zur Verfügung stehen, die neben Bauinvestitionen auch für Medizintechnik und die Miete von Tageskliniken verwendet werden könnten. Für die Übergangszeit soll im Haushalt 2015 ein Sonderprogramm von 120 Millionen Euro aufgelegt werden.

Universitätsmedizin Sachsen-Anhalt**Kooperation statt Schließung**

In Sachsen-Anhalt sollen die beiden Unikliniken in Halle und Magdeburg erhalten bleiben. Dafür sprach sich Ministerpräsident Reiner Haselhoff in der „Magdeburger Volksstimme“ aus. Die Voraussetzung für den Erhalt beider Kliniken sei aber, dass sie bei Forschung und Lehre künftig enger zusammenarbeiten. Dadurch könnten finanzielle Defizite abgebaut und der

TERMINE**24. Juni 2013 in Berlin**

- AOK im Dialog: Zukunft des Krankenhauses

27. und 28. Juni 2013 in Berlin

- IX. Innovationskongress der Hochschulmedizin

Investitionsbedarf verringert werden. Grundlage dafür soll ein neues Strukturkonzept sein, das Wissenschaftsminister Hartmut Möllring erarbeiten soll. Finanzminister Jens Bullerjahn bleibt hingegen dabei, dass sich Sachsen-Anhalt zwei Unikliniken nicht leisten könne. Allein in Halle gibt es laut Finanzministerium einen Investitionsbedarf von 80 Millionen Euro.

AOK-Krankenhausnavigator**Herzkatheter im Qualitätsvisier**

Beklemmende Schmerzen in der Brust, die in den linken Arm oder den Oberbauch ausstrahlen – alles deutet auf eine Arterienverkalkung am Herzen hin. Der Arzt rät zur Abklärung mit einem Herzkatheter. Doch welches Krankenhaus ist das richtige für diese Untersuchung? Der AOK-Krankenhausnavigator hilft in solchen Fällen weiter. Ab Juli wird das Portal um die Informationen zur Ergebnisqualität bei Herzkatheteruntersuchungen und dem therapeutischen Herzkatheter (PCI) erweitert. Dafür werden anonymisierte Abrechnungsdaten der Krankenhäuser sowie Versichertendaten der AOK im Verfahren „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR) gemessen und bewertet. Mit Hilfe des AOK-Krankenhausnavigators können sich Patienten bundesweit über die Qualität von Kliniken informieren und so eine Wahl treffen. Bereits heute bietet das Portal Behandlungsergebnisse für Operationen an der Hüfte, dem Knie und der Galle.

>> www.aok-krankenhausnavigator.de

11. und 12. September 2013 in München

- Fachtagung „Gesundheitswirtschaft im Wandel“

24. und 25. September 2013 in Hamburg

- 9. Gesundheitswirtschaftskongress

PERSONALIA**Wechsel im Mediclin-Aufsichtsrat**

Ulrich Wandschneider, Vorstand des Offenburger Klinikbetreibers Mediclin, soll Aufsichtsrat des Unternehmens werden. Er rückt für den Aufsichtsratsvorsitzenden Jan Boetius ins Kontrollgremium nach, der sein Amt Ende Mai niederlegte. Wandschniders Nachfolger als Mediclin-Vorstand ist Jens Breuer, Finanzchef des Unternehmens.

Irmscher geht nach Frankfurt

Bettina Irmscher ist neue Kaufmännische Direktorin und Mitglied des vierköpfigen Vorstands am Frankfurter Universitätsklinikum. Sie folgt auf Dr. Hans-Joachim Conrad, der in den Ruhestand gegangen ist. Zuvor hatte Irmscher die gleiche Funktion am Universitätsklinikum Rostock inne. Für ihre Verdienste wurde sie 2010 als „Klinikmanagerin des Jahres“ ausgezeichnet.

**Strehl übernimmt Geschäfte an der Uniklinik Ulm**

Rüdiger Strehl übernimmt übergangsweise das Amt des Kaufmännischen Direktors am Universitätsklinikum Ulm. Er folgt Rainer Schoppik, der als Kaufmännischer Direktor an das Uniklinikum Hamburg-Eppendorf wechselte. Der Diplom-Kaufmann ist ein Kenner der Hochschulmedizin. Seit 2009 ist er Aufsichtsratsvorsitzender der Universitätsmedizin Göttingen.

>> Preis- und Erlösentwicklung

>> Krankenhausbudgets

>> Krankenhauskosten

>> Krankenhausleistungen im Fokus

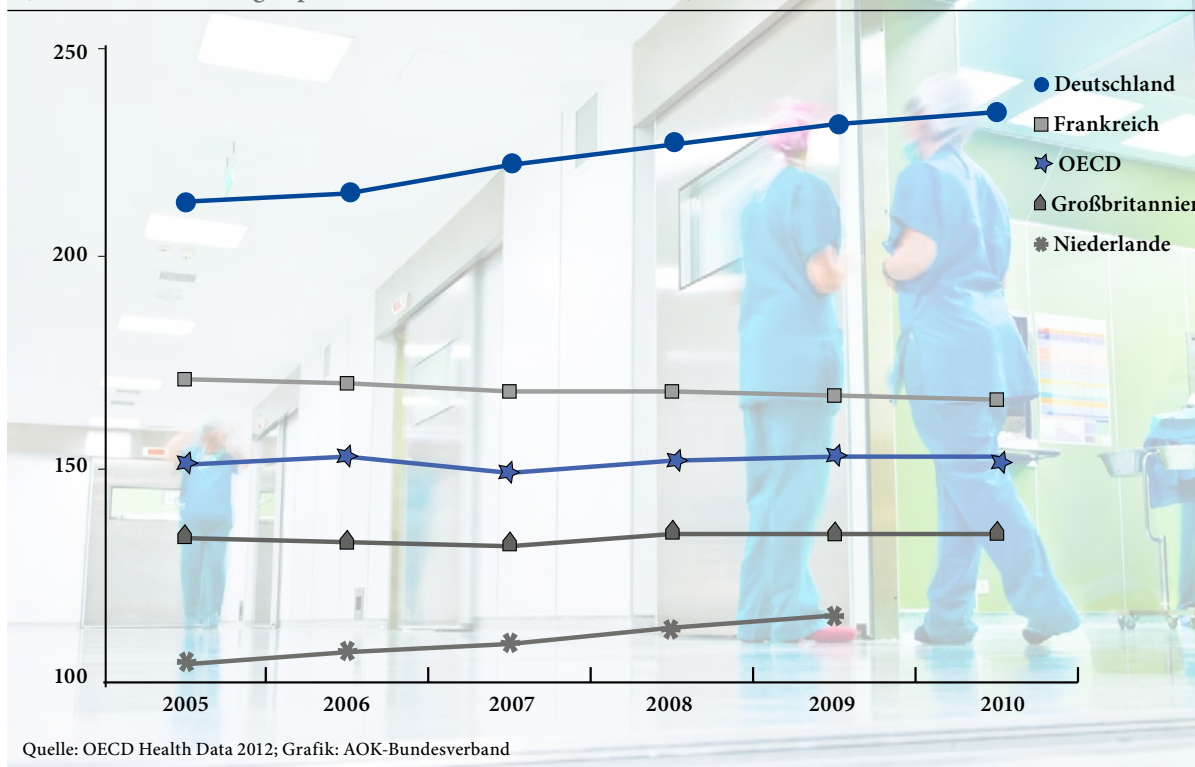
>> Jahresabschlüsse

>> Grunddaten zur Struktur des Krankenhausmarktes

>> Krankenhausleistungen im Fokus

In etlichen Ländern führen die DRGs nicht zum Fallzahlenanstieg

(Krankenhausleistungen pro 1.000 Einwohner, 2005 bis 2010)



Mengenproblem: Fallpauschalen sind vorgeschobener Grund

Wenn es um die Zahl der Operationen geht, liegt Deutschland im internationalen Vergleich bei vielen Eingriffen ganz weit vorn. Nach Angaben der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) kommen die Deutschen auf die meisten Krankenhausbehandlungen. 2010 zählte die OECD pro 1.000 Einwohner 240 Behandlungen. Der OECD-Durchschnitt liegt bei 155.

Insgesamt sind die Fallzahlen in Deutschland stärker gewachsen als in anderen OECD-Ländern, die ihre Krankenhaussysteme ebenfalls nach Diagnosis Related Groups (DRGs) finanzieren. Zwischen 2005 und 2010 ist die Leistungsmenge hierzulande jährlich um 1,9 Prozent gestiegen, OECD-weit hingegen um nur 0,3 Prozent. In Frankreich gingen die Fallzahlen sogar um 0,6 Prozent pro Jahr zurück. Damit zeigt die OECD-Studie, dass die Zunahme der Krankenhausleistungen in Deutschland nicht allein auf die DRGs zurückzuführen ist. Zwar bieten Fallpauschalen Anreize zur Mengenausweitung. Die Entwicklung der Fallzahlen in anderen OECD-Ländern mit DRGs macht aber deutlich, dass der rasante Anstieg der Krankenhausleistungen in Deutschland auch ordnungspolitische Ursachen haben muss.