

# 21. VKD/VDGH - Führungskräfteseminar

25. -26. Februar 2014, Berlin

## **Anreize und Fehlanreize – was hat das DRG-System verändert**

**Auswirkungen des DRG-Systems auf die medizinische Versorgung,  
Mengenentwicklung, Wettbewerb und Krankenhaus-Strukturen**

Prof. Dr. med. Norbert Roeder, Ärztlicher Direktor/Vorstandsvorsitzender, Universitätsklinikum Münster

# Ursprüngliche Ziele der G-DRG-Einführung

- Umsetzung des Prinzips „gleicher Preis für gleiche Leistung“  
(unabhängig vom individuellen Leistungsrahmen & Versorgungsstufe)
- Leistungsbezogene Krankenhausvergütung
  - ➔ Prinzip „Geld folgt der Leistung“
    - ➔ Mehr Wettbewerb innerhalb der stationären Versorgung
    - ➔ Verweildauerreduktion & Kostenwettbewerb
    - ➔ Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven
- Transparenz bzgl. Leistungen, Kosten & Qualität der Krankenhäuser

# Fallpauschalierung:

## Anreize

- Dokumentation & Kodierung verbessern
- VWD-Verkürzung (medizinisch vertretbar)
- Auf Qualität fokussieren
  
- Stärken und Schwächen identifizieren  
→ spezialisieren
- Wettbewerb annehmen

&

## Fehlanreize

- „Upcoding“
- „blutige Entlassung“
- Leistungseinschränkung innerhalb der Pauschale
- Durchführung nicht indizierter Prozeduren
- Fallsplitting
- Konzentration auf technisch-apparative Verfahren

# Fallpauschalierung:

## Anreize

&

## Fehlanreize

- **Dokumentation & Kodierung verbessern**
- VWD-Verkürzung (medizinisch vertretbar)
- Auf Qualität fokussieren
- Stärken und Schwächen identifizieren  
→ spezialisieren
- Wettbewerb annehmen

- **„Upcoding“**
- „blutige Entlassung“
- Leistungseinschränkung innerhalb der Pauschale
- Durchführung nicht indizierter Prozeduren
- Fallsplitting
- Konzentration auf technisch-apparative Verfahren

# Administrative Belastung



- **Hat seit der DRG-Einführung erheblich zugenommen**
    - Kliniker, Kodierfachkräfte, Medizincontrolling
    - Kostenträger, MDK
    - Gerichtsbarkeit
  - Primärdokumentation, Kodierung, Abrechnungsvorbereitung & Plausibilisierung, Abrechnungsprüfung bei den Kostenträgern, Unterlagenversand, Zeit für Vor-Ort-Prüfungen
- Entzieht der Patientenversorgung Geld**

# Administrative Belastung

- **Gute Primärdokumentation**  
→ Voraussetzung für gute Kodierung
- **Vollständige, korrekte & spezifische Kodierung**
  - Steigert Transparenz
  - Grundlage für leistungsgerechte Vergütung
  - Kann Basis für qualitätsorientierte Vergütung bilden
- **„Upcoding“**
  - führt zu ungerechtfertigter Vergütung
  - führt zu erhöhter Prüfung durch die Kostenträger
  - führt zu Abwertungen in zukünftigen G-DRG-Systemversionen

**Lösung:** „Upcoding“-Anreize im System minimieren

→ G-DRG: Bewertung von Nebendiagnosen überarbeitet

# Fallpauschalierung:

## Anreize

&

## Fehlanreize

- Dokumentation & Kodierung verbessern
- **VWD-Verkürzung (medizinisch vertretbar)**
- Auf Qualität fokussieren
- Stärken und Schwächen identifizieren  
→ spezialisieren
- Wettbewerb annehmen

- „Upcoding“
- **„blutige Entlassung“**
- Leistungseinschränkung innerhalb der Pauschale
- Durchführung nicht indizierter Prozeduren
- Fallsplitting
- Konzentration auf technisch-apparative Verfahren

# DRG verändert Anreize & Fehlanreize

*vor DRG-Einführung*

VWD x  
Individueller Tagessatz

VWD ↑

Fallzahl ↓

Wirtschaftlichkeit ↓  
Qualität = ???

*nach DRG-Einführung*

KH-unabhängige  
Fallpauschale

VWD ↓  
Leistung/Kosten ↓

Fallzahl ↑

Wirtschaftlichkeit ↑  
Qualität ↓ ???



# Medizinökonomische Erwartungen

## Finanzierung durch Wirtschaftlichkeitspotentiale im KH-Bereich

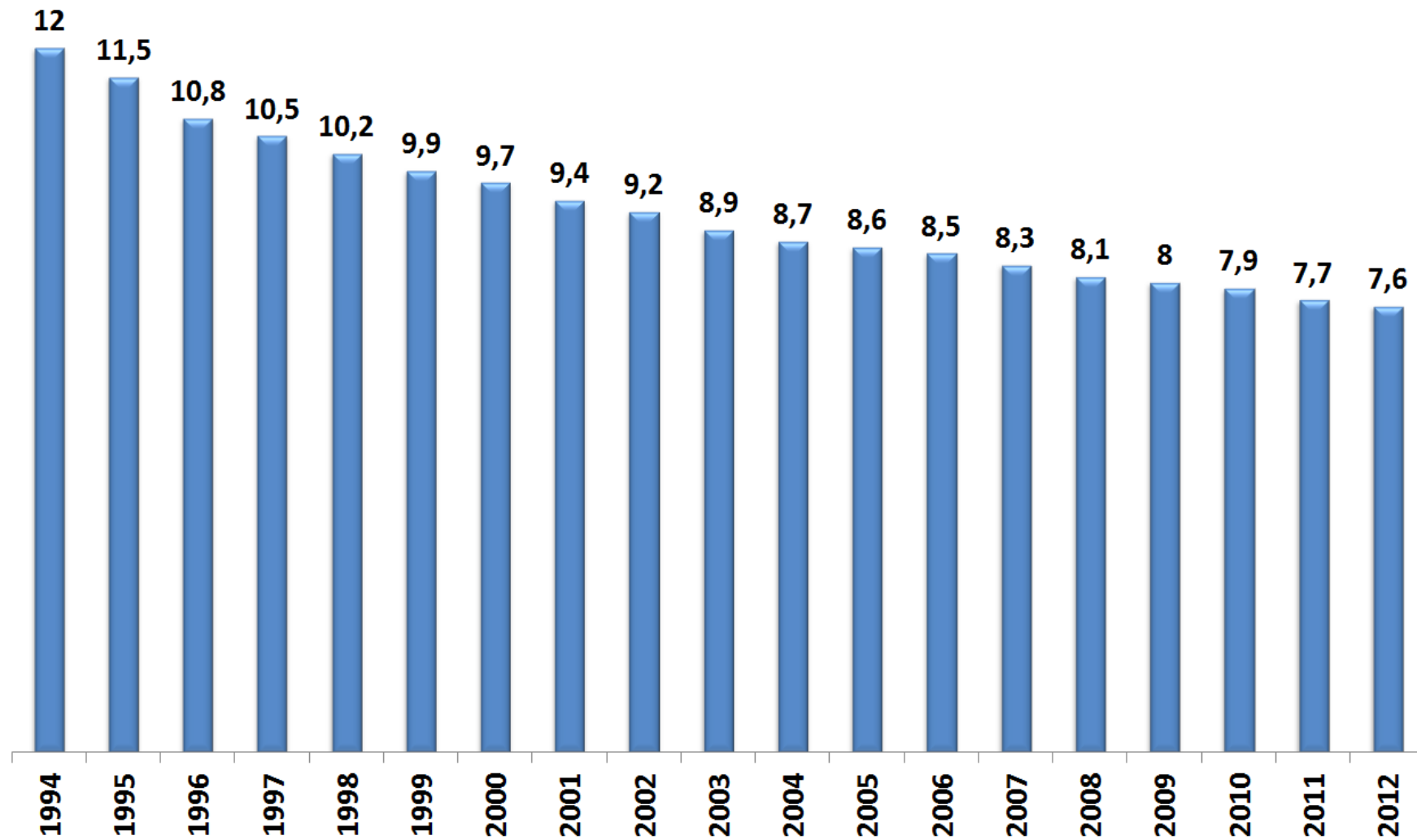
---

- Potentiale zur Vermeidung von Über-/Fehlversorgung  
z.B. Brustschmerzen:  
Amsterdam: 50% der Patienten werden innerhalb von vier Stunden aus der „Chest Pain Unit“ entlassen;  
Berlin: bei 89% der Notfallpatienten erfolgt ein KH-Aufenthalt von durchschnittl. 11 Tagen, rd. 33% der Patienten hätten nach höchstens acht Stunden entlassen werden können:  
„Zwischen der Schwere der Erkrankung und der Dauer des Klinikaufenthalts bestand keinerlei Beziehung.“

# Verweildauerverkürzung

- **Anreiz zur Verweildauerverkürzung durch DRG-System**
- Ab- & (Zu-)schläge bei Unter- (Über-)schreiten von Grenzverweildauern
- **Zu frühe Entlassung kann zu Komplikationen führen** (Fallzusammenführung)
- VWD-Verkürzung ist kein „Phänomen“ der DRG-Einführung
  - Wesentlicher Motor ist der medizinische Fortschritt
  - zusätzlich unterstützen Prozessoptimierungen seit DRG-Einführung diese Entwicklung

# Mittlere Verweildauer im Krankenhaus (absolut)



# Fallpauschalierung:

## Anreize

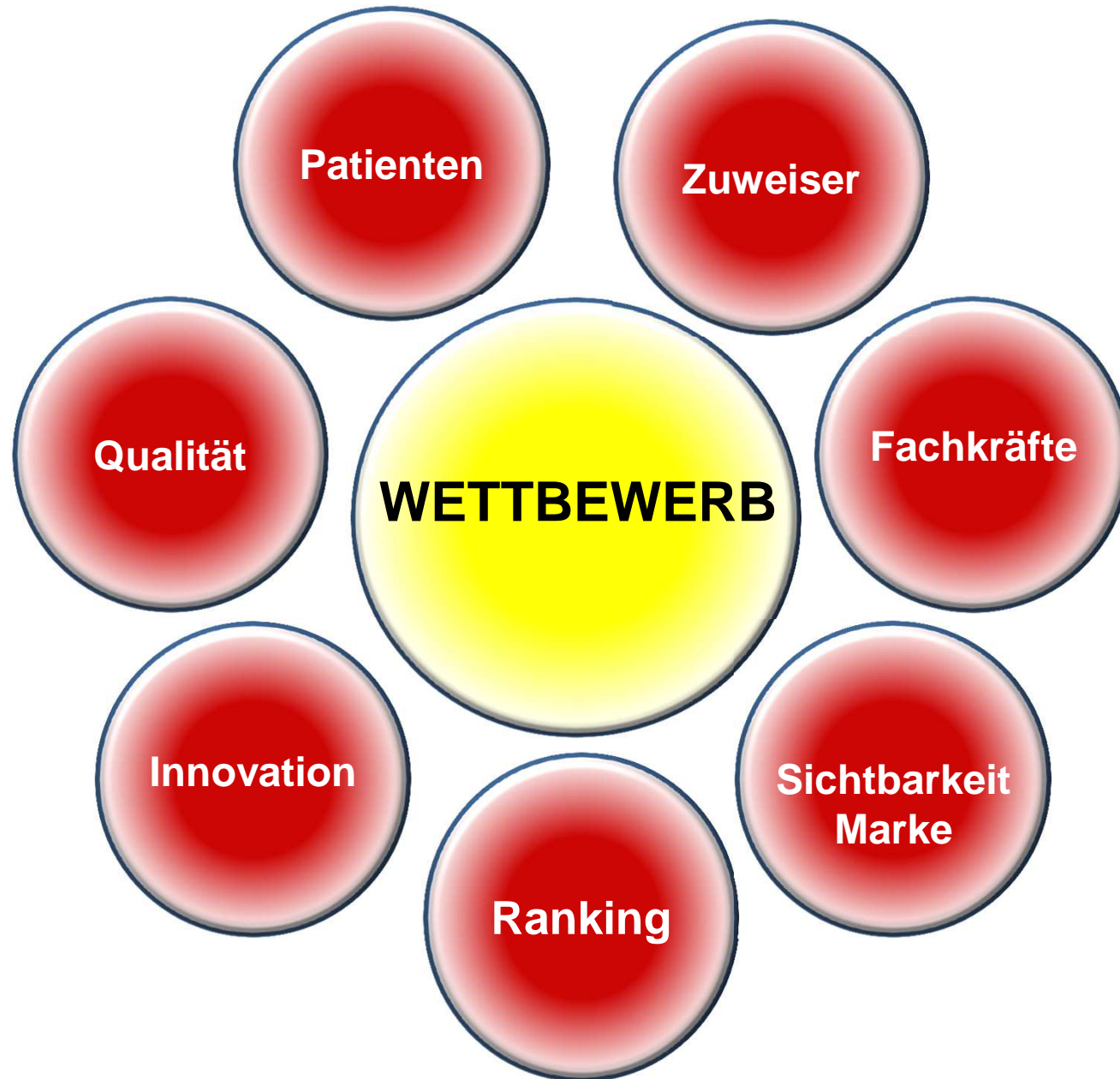
- Dokumentation & Kodierung verbessern
- VWD-Verkürzung (medizinisch vertretbar)
- Auf Qualität fokussieren
  
- **Stärken und Schwächen identifizieren**  
→ **spezialisieren**
- **Wettbewerb annehmen**

&

## Fehlanreize

- „Upcoding“
- „blutige Entlassung“
- Leistungseinschränkung innerhalb der Pauschale
  
- **Durchführung nicht indizierter Prozeduren**
- **Fallsplitting**
- **Konzentration auf technisch-apparative Verfahren**

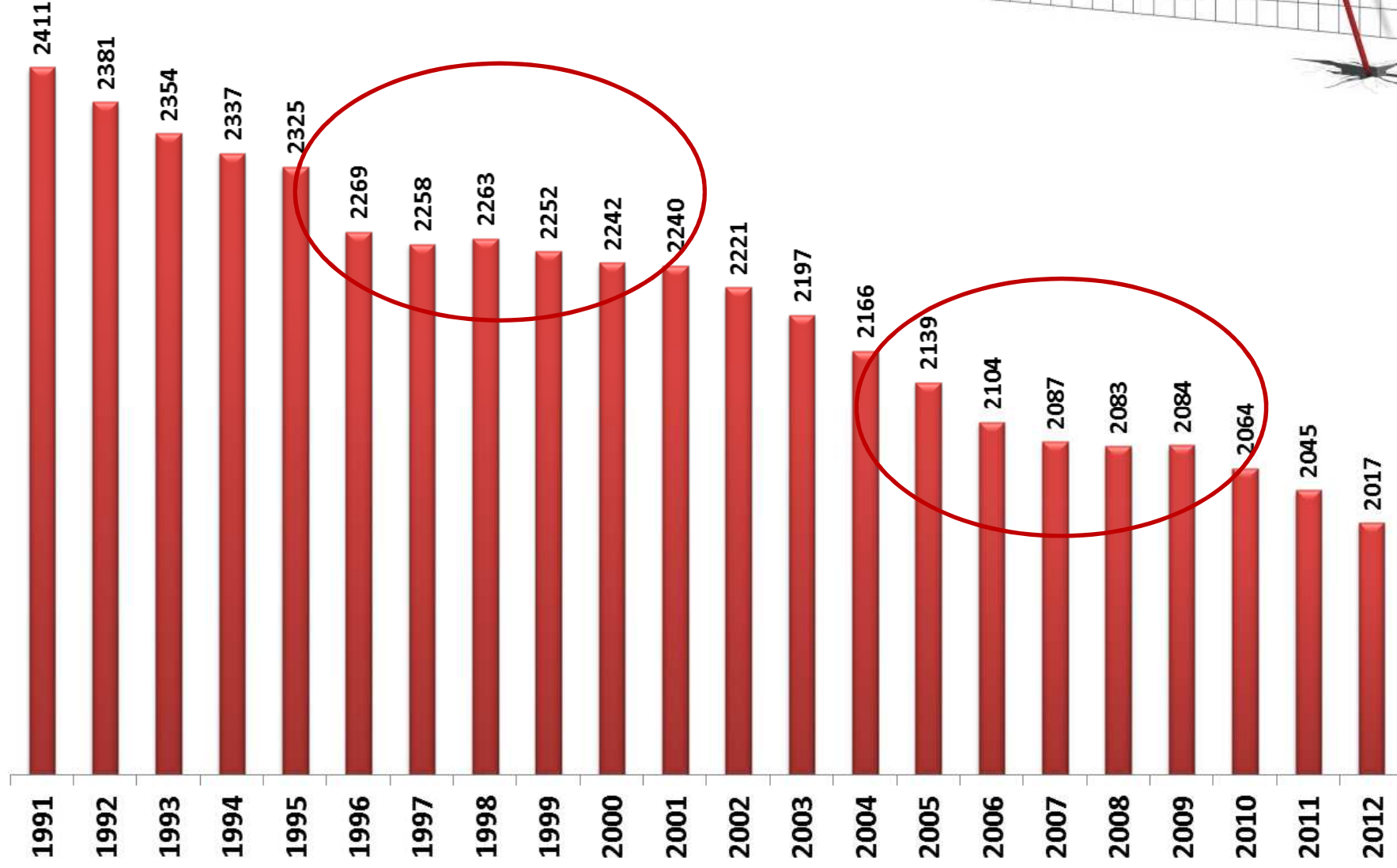
# Krankenhäuser im Wettbewerb



# Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland (absolut)

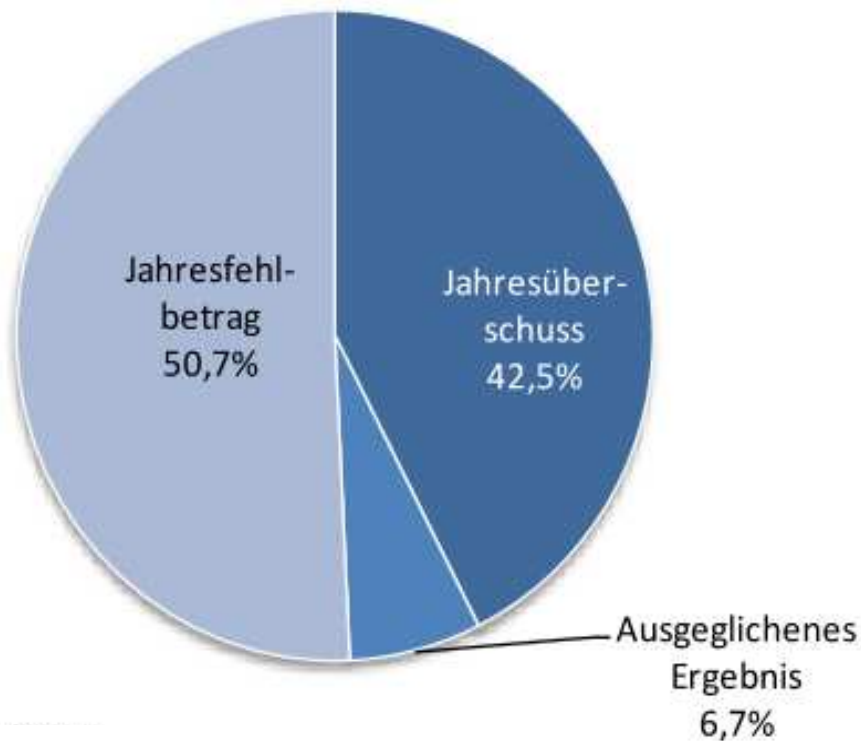


Quelle: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)



# Krankenhäuser in roten Zahlen

## Entwicklung des Jahresergebnisses



**2011 nach 2012**



**2010 nach 2011**

# Wirtschaftlicher Erfolg eines Krankenhauses



klinikunabhängig  
= indirekt und sehr  
begrenzt beeinflussbar

—



klinik-individuell  
= direkt beeinflussbar

=

(Miss-) **Erfolg**  
einer Klinik

Einfluss (Gewinn/Verlust)  
hauptsächlich über Kostenseite und  
Leistungsportfolio (Art & Menge)!



# Krankenhäuser im Wettbewerb

## → Krankenhausstrukturen

- Kostenreduktion durch Stärken- und Schwächenanalyse
- Forcierte Spezialisierung der Leistungserbringung  
→ Optimierung der „Stück“-Kosten
- Portfoliooptimierung (**Rosinenpickerei ?**)
- Krankenhäuser mit entsprechender Leistungsnachfrage steigern ihre Leistungen
- Prozessoptimierung und Erlössteigerung
- Spezialisierung, Strategische Leistungsausrichtung  
(**cave: Versorgungsauftrag ! Nicht jeder muss Uniklinik werden**)

# Mengenproblematik

TOP-THEMA | 13.02.2013

## Unnötige Operationen

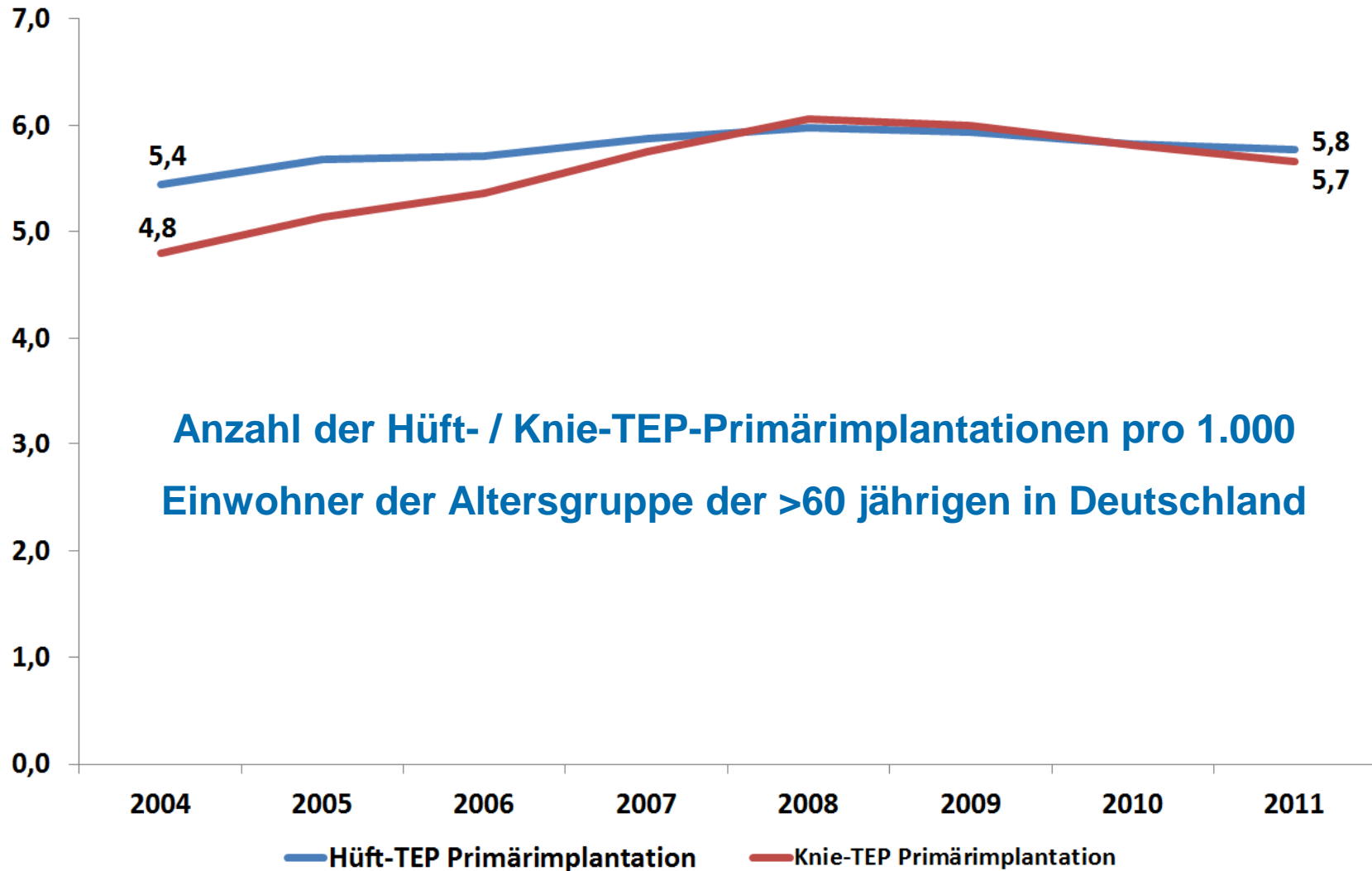
### Hoher wirtschaftlicher Druck sorgt für mehr und mehr Eingriffe in Kliniken

Eigentlich sollte eine Operation der letzte Schritt bei den Behandlungsmöglichkeiten sein. Doch immer häufiger hört man von unnötigen Eingriffen bei Erkrankungen, die auch konservativ hätten behandelt werden können. Zu diesem Schluss kommt auch der AOK-Krankenhaus-Report 2013. Was aber sind die Hintergründe? Warum sind die steigenden Zahlen vor allem bei ganz bestimmten – meist orthopädischen – Eingriffen zu verzeichnen? Und schließlich: Wie kann man als Patient verhindern, zu früh oder unnötig „unters Messer“ zu kommen?

Quelle:



# Mengenproblematik



Quelle: Zahlen der externen stationären QS, AQUA

**Anzahl der Hüft- / Knie-TEP-Primärimplantationen pro 1.000  
Einwohner der Altersgruppe der >60 jährigen in Deutschland**

# Mengenproblematik

- vorrangig ökonomisch getrieben ?

## ■ Viele Faktoren haben einen Einfluss auf die Mengenentwicklung

- Demografische Entwicklung
- Medizinischer Fortschritt
- Erwartungen der Patienten an ihre Lebensqualität
- Indikationserweiterungen

## ■ Zunahme der Zahl von bestimmten Eingriffen

- bedeutet nicht zwingend, dass die OPs medizinisch nicht notwendig waren
- Bedeutet nicht zwingend, dass Krankenhäuser aus ökonomischen Interessen handeln

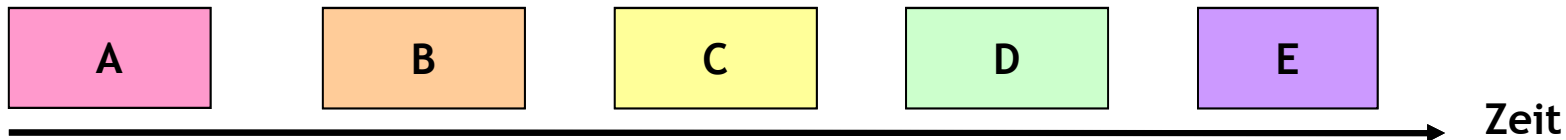
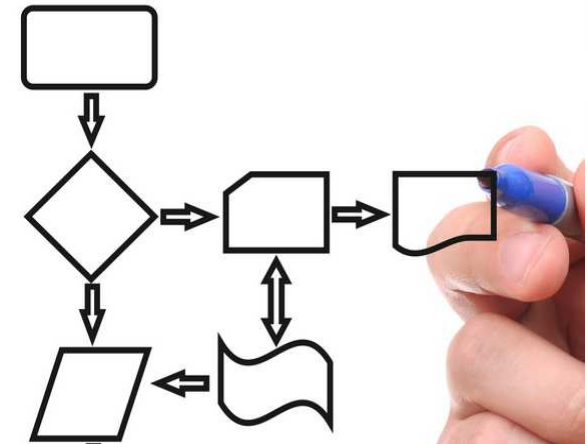
# Krankenhäuser im Wettbewerb

## → Krankenhausstrukturen

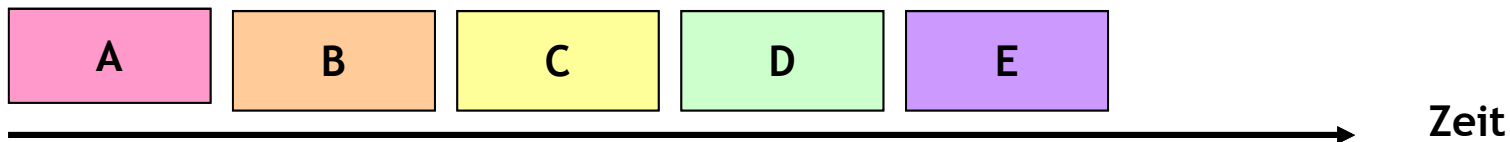
- **Strukturen und Prozesse optimiert**
- **Zentrumsbildung**
- **Organzentren (Zertifizierte Strukturen)**
- **Zertifizitis ?**
- **Spezialisierungen (zu kleine Einheiten mit 1 FA)**
- **Leistungsbindung um jeden Preis**  
**- Neonatologie, Mindestmengen**
- **„Straffung“ Patientenferner Bereiche**
- **Besserer Arbeitgeber, Beruf & Familie**  
**(Fachkräftemangel)**

# Prozessoptimierung im Krankenhaus

Ziel: Gleiche Leistungen...



innerhalb kürzerer Zeit... ohne Qualitätsverlust



**Kosten senken, Qualität verbessern**  
**Zuwendung für den Patienten sinkt**

# **Ergebnisse der DRG- Einführung**

## **– Haben die Steueranreize gewirkt ?**

- **Wirtschaftlichkeit der KH-Versorgung verbessert (Kosten pro Fall)**
- **Verweildauer reduziert**
- **Finanzierungsgerechtigkeit zw. KHS verbessert**
- **Mehr Transparenz über Leistungen & Kosten der Kliniken**
- **Patienten- und Prozessorientierung verbessert**
- **Qualität verbessert (Qualitätstransparenz)**
- **Kostendämpfung im Bereich der stationären Versorgung?**
  - ➔ **Effekt der G-DRG-Einführung aufgrund mehrdimensionaler Abhängigkeiten nicht direkt messbar**

# Trotzdem

## ➔ Krankenhäuser in roten Zahlen



- DKI Krankenhaus-Barometer 2013:  
„Insgesamt hat sich die wirtschaftliche Situation der deutschen Krankenhäuser 2012 dramatisch verschlechtert.“

### ABER

- Aktuelle Unterfinanzierung der KH nicht durch G-DRGs selbst verursacht.
- Politisch gesetzter KK-Beitrag, FP verteilen das dadurch generierte Beitragsvolumen („Budget“)
- „Budget“ zu gering ➔ Unterfinanzierung
- Duale Finanzierung, Investitionsstau



# Ergebnisqualität als wachsender Wettbewerbsfaktor

- Qualitätswettbewerb löst Kostenwettbewerb der DRG-Startphase teilweise ab
- Zahlreiche (gesetzliche) Vorgaben zur Qualitätsdarstellung & Transparenzsteigerung
- Qualitätsorientierte Vergütung als Strukturziel der Zukunft



## Qualitätsbericht

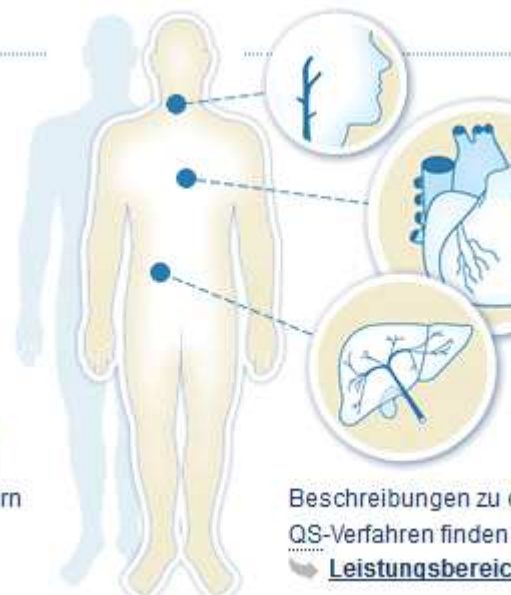
FÜR DAS UNIVERSITÄTSKLINIKUM MÜNSTER

Strukturierter Qualitätsbericht  
gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V  
für das Berichtsjahr 2009

Projektinformation des AQUA-Instituts

## Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Die SQG führt die bisher getrennten Qualitätssicherungen des ambulanten und des stationären Sektors zusammen. Ziel ist es, die Qualitätsanforderungen beider Sektoren künftig sinnvoll aufeinander abzustimmen, um im Interesse von Patienten und Leistungserbringern eine bessere und effizientere Versorgungsqualität zu erreichen. Projektverantwortlich ist das AQUA-Institut, Göttingen.



Beschreibungen zu den  
QS-Verfahren finden Sie unter  
↳ Leistungsbereiche

# Zukünftig zu stärken



# Koalitionsvertrag

## Thema Qualität (I)



- Aufbau eines neu strukturierten **Qualitätsinstitutes**
- Sektorenübergreifende Erhebung von **QS-Routinedaten**,  
Einrichtungsbezogene Veröffentlichung
- **Qualitätsrichtlinien des GBA** sind zwingend einzuhalten,  
(unangemeldete) Überprüfung durch MDK
- **Qualitätsberichte** der Krankenhäuser
  - GBA soll Aussagekraft & Verständlichkeit verbessern
  - Aspekte der Patientensicherheit sowie Ergebnisse von  
Patientenbefragungen sollen in die QS-Berichte integriert  
werden.

# Koalitionsvertrag

## Thema Qualität (II)



- Vorgabe zur Anwendung von **Sicherheits-Checklisten im OP**
- **Gute Qualität soll sich für Krankenhäuser finanziell auszahlen, z.B.**
  - Leistungen mit nachgewiesener hoher Qualität können von Mehrleistungsabschlägen ausgenommen werden
  - Finanzielle **Zuschläge** für Leistungen mit besonders **guter Qualität**
  - Finanzielle **Abschläge bei unterdurchschnittlicher Qualität**
- Modellhaft können Kostenträger **Qualitätsverträge** mit einzelnen Krankenhäusern schließen

# Koalitionsvertrag

## Thema Patientensicherheit



- **Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse**
  - Verpflichtende Beteiligung an Nutzen- & Sicherheitsstudien des GBA in der Phase nach der Markteinführung
  - Frist für GBA-Methodenbewertungsverfahren (2 Jahre) abgeschlossen sein.
- **Verpflichtende Register-Teilnahme der Krankenhäuser**
  - Transplantationsregister
  - Endoprothesenregister
- **Krankenhausinfektionen**
  - Maßnahmen zur Vermeidung evaluieren und erweitern
  - Informationen zu KH-Infektionen verpflichtender Bestandteil der Qualitätsberichte

# Koalitionsvertrag DRG-System



- Keine Abkehr vom G-DRG-System
- Schärfung der InEK-Kalkulation
  - Gesunkene Sachkosten sind noch zeitnaher in der InEK-Kalkulation abzubilden
  - InEK-Kalkulation soll Personalkosten ausreichend berücksichtigen
  - Einführung einer Nachweispflicht über den Einsatz der Personalmittel durch die KH
- Überprüfung von Vorhaltekosten z. B. für die Notfallversorgung

# Fazit

- G-DRG-Einführung ist ein Erfolgsprojekt
- Umgang mit DRG-System ist gelebter Alltag
- Teilbereiche noch ungelöst (Extremkostenfälle, Transplantation, Neonatologie, (Sicherstellung), Universitätsmedizin ..
- Ziele des Gesetzgebers wurden weitgehend erreicht
- Anreize zur Effizienzsteigerung haben gewirkt
- Kosten- & Qualitätswettbewerb
  - Aber: Qualitäts-(anspruch) vs. Finanzierbarkeit
    - Große Herausforderung für die Krankenhäuser
  - Kontinuierliche Notwendigkeit vielfältiger Veränderungsprozesse
  - Effizienz verbessert: Prozesse, Schnittstellen, Personal & Sachmittel
- Einfluss DRG-Einführung auf Gesamtausgaben im System ?
  - ➔ nicht seriös darstellbar