

Benötigt das DRG-System ein Facelifting?

Günter Wältermann
AOK Rheinland/Hamburg

Biersdorfer Krankenhausgespräche
18.09.2015

Wikipedia:

„Facelifting bezeichnet einen Eingriff der plastischen und ästhetischen Chirurgie (Schönheitsoperation). Ziel eines solchen Eingriffes ist es, die Gesichtshaut und das darunter liegende Gewebe zu straffen und ihm eine höhere Spannung zu verleihen. Oft wird dieser Eingriff durchgeführt, damit das Gesicht des Patienten jünger aussieht.“

Die G-DRGs sind erst 13 Jahre alt. Das ist für gewöhnlich ein Alter, in dem man eher älter als jünger aussehen möchte.

Was soll der Titel der Präsentation dann überhaupt bedeuten?

Die Frage nach einem Facelifting bezieht sich hier auf notwendige Korrekturbedarfe am DRG-System, die aus Sicht einer gesetzlichen Krankenversicherung unter Beobachtung der stationären Versorgung der letzten Dekade festgestellt werden können.

In der folgenden Präsentation soll also kurz dargestellt werden,

- ob das DRG-System die zur Einführung formulierten Ziele erreicht hat
- ob sich aus der Einführung erwartete oder unerwartete Schwierigkeiten ergeben haben
- welche Maßnahmen notwendig sind, um diese Schwierigkeiten anzugehen

Ziele der DRG-Einführung

Mögliche Fehlanreize durch Fallpauschalen

Effekte seit der DRG-Einführung an Beispielen

Überlegungen zur Kalkulationsstichprobe

Fazit

Drucksache 14/6893 Bundestag aus dem Jahr 2001

Das neue Entgeltsystem soll

- das Leistungsgeschehen im Krankenhausbereich transparenter machen,
- die Wirtschaftlichkeit fördern und
- die im System tagesgleicher Pflegesätze angelegten Fehlanreize insbesondere zur Verlängerung der Verweildauer beseitigen.

Soll dazu beitragen, dass die Ressourcen krankenhausintern wie auch krankenhausübergreifend bedarfsgerechter und effizienter eingesetzt werden.

Das Geld soll den Leistungen folgen können. Mehr Wettbewerb und stärker am tatsächlichen Bedarf orientierte Entwicklung der Leistungsstrukturen und Leistungskapazitäten.

Einen besonderen Stellenwert hat die Qualitätssicherung. Die dazu vorgesehenen Instrumente zusammen mit der Transparenz der Leistungen werden zu einer deutlichen Verbesserung der Qualität in der stationären Versorgung führen.

Transparenz

Wirtschaftlichkeit
(Verweildauer,
Ressourceneffizienz)

Bedarfsorientierung
von Strukturen und
Leistungskapazitäten

Leistungsgerechte
Vergütung

Ziele der DRG-Einführung

Mögliche Fehlanreize durch Fallpauschalen

Effekte seit der DRG-Einführung an Beispielen

Überlegungen zur Kalkulationsstichprobe

Fazit

Welche negativen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität wurden diskutiert?

- Anreiz für eine eher zu frühzeitige Entlassung (Stichwort: "Blutige Entlassung")
- Mehrere aufeinander folgende Aufenthalte im Krankenhaus (Stichwort: „Drehtür-Effekt“)
- Anreiz, eine höhere Komplexität zu melden (oder sogar anzuwenden, siehe Beatmungstunden), als tatsächlich notwendig
- Interesse an lukrativen Fälle, während für die weniger lukrativen Fälle der Grad der verfügbaren Versorgung schrumpft
- Einige Leistungen (z.B. aus der Orthopädie) scheinen über die Kalkulationsmechanik besonders hoch vergütet zu werden (Mengenwachstum)
- Verkürzung der Liegedauer führt zu einer erhöhten Arbeitsbelastung für das Pflegepersonal und die Ärzte (Arbeitsverdichtung)

Nicht bestätigt

Nicht bestätigt

bestätigt

bestätigt

bestätigt

bestätigt

Durch monetäre Fehlanreize durch das Preissystem hat sich die Leistungsplanung und -entwicklung der Krankenhäuser weitgehend vom Bedarf der Patienten entkoppelt.

Gleichzeitig haben sich die meisten Bundesländer von einer aktiv gestaltenden Krankenhausplanung verabschiedet.

Damit können die Fehlanreize ohne Korrektiv wirken. Als Konsequenz finden sich z.B. regional unterschiedlich ausgeprägt:

- Überstürzte Einführung von „Innovationen“ in die Regelversorgung
- Medizinisch nicht erklärbare Leistungsausweitungen
- Einseitiges Leistungs(-über)angebot
- Diffusion der Schwerpunktversorgung in Kliniken der Grundversorgung -> weitgehende Nivellierung von Versorgungsstufen
- Intransparente Kooperationsmodelle mit dem niedergelassenen Sektor
- Patientenselektion

Ziele der DRG-Einführung

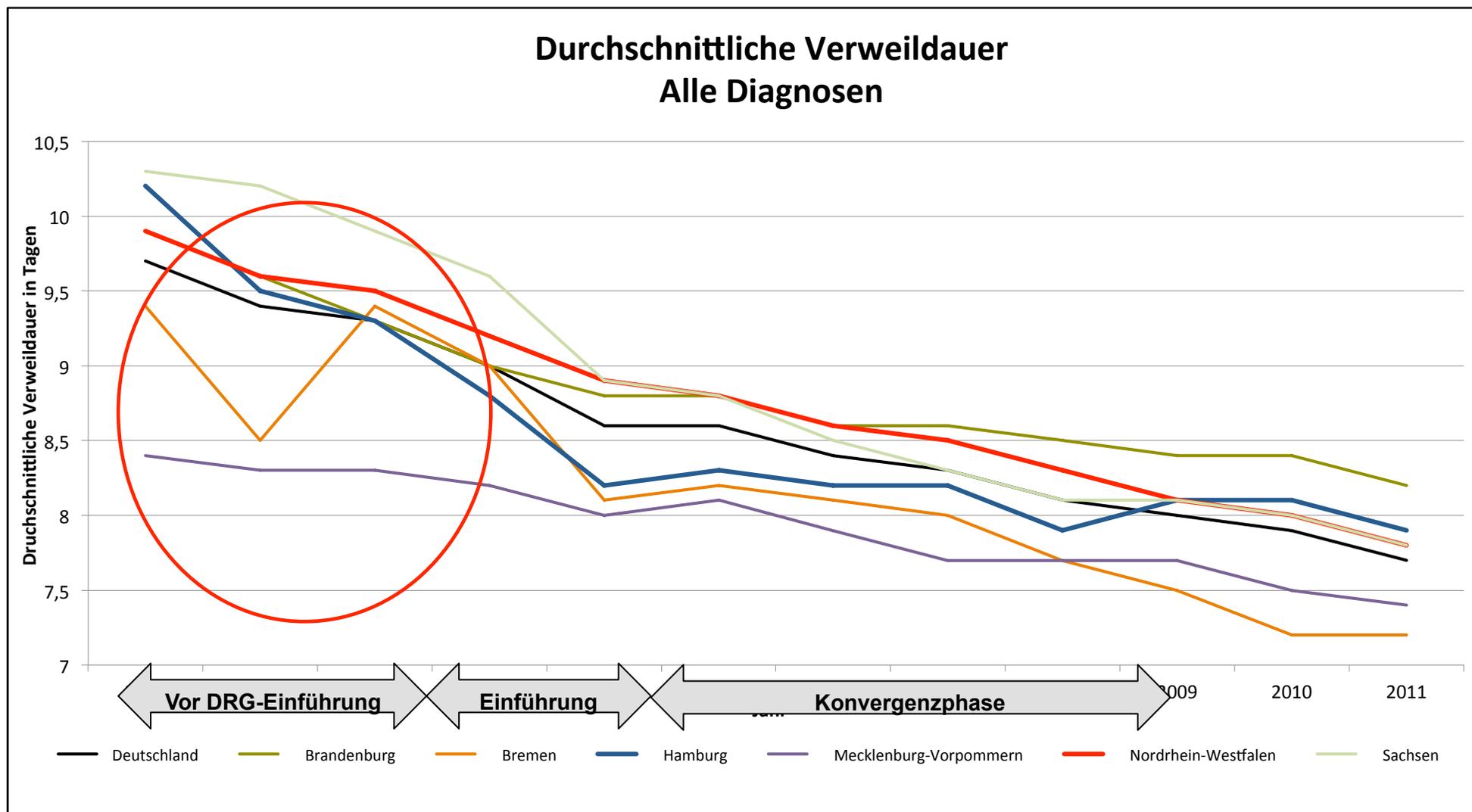
Mögliche Fehlanreize durch Fallpauschalen

Effekte seit der DRG-Einführung an Beispielen

Überlegungen zur Kalkulationsstichprobe

Fazit

Reduktion der Verweildauern ist erreicht worden. Sie begann aber auch schon vor der DRG-Einführung.



Quelle: GBE Bund

- Die Verweildauern akutstationärer Behandlungen sind seit der Einführung der DRGs deutlich gesunken. Dieser Trend hat jedoch schon vor der Einführung der DRGs begonnen.
- Im internationalen Vergleich sind die Verweildauern in Deutschland immer noch vergleichsweise hoch.
- Die Patienten werden an einer früheren Stelle des Krankheitsprozesses in die Reha aufgenommen.
- Eine Verlagerung spezifischen Akutbehandlungsaufwands in den Bereich der Rehabilitation kann nicht nachgewiesen werden.
- Die Anzahl von Rückverlegungen ins Akutkrankenhaus ist nicht angestiegen
- Hinweise auf eine eingeschränkte Reha-Fähigkeit ergeben sich laut REDIA-Studie nicht (die Rehabilitationseinrichtungen gehen allerdings laut Umfrage zu über 80% davon aus).
- Zunehmende Beschwerden von Versicherten hinsichtlich einer eingeschränkten Reha-Fähigkeit sind derzeit nicht festzustellen.

Auf das ist eine Folge des DRG-Systems: Krankenhausrechnungsprüfung bindet erhebliche Ressourcen

Grobe Abschätzung der Ressourcenbindung in der Krankenhausrechnungsprüfung

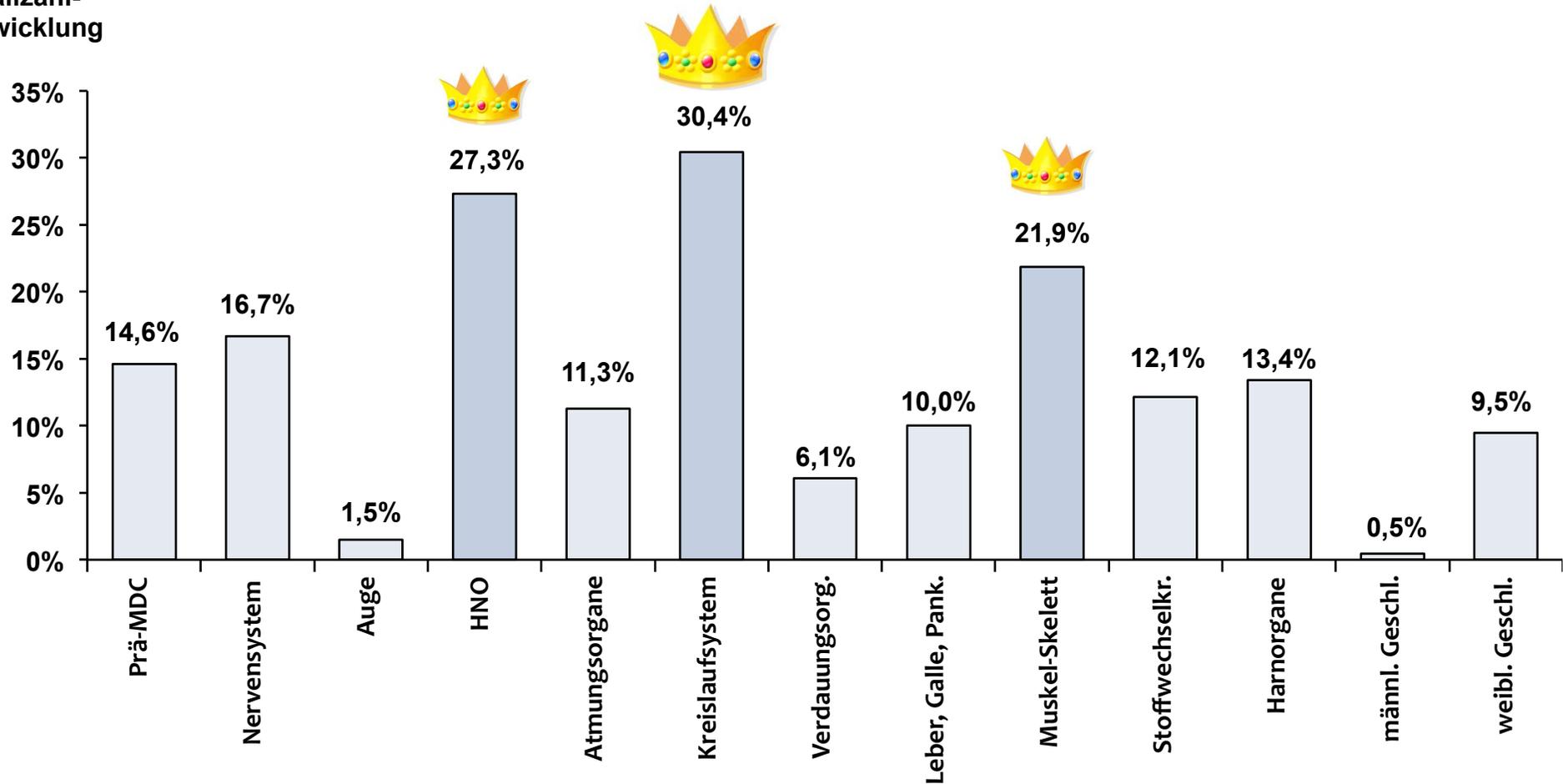
	KH Kodierung und Medizincontrolling ¹	Davon: Nur MDK- Bearbeitung ¹	Krankenkasse direkt ²	Krankenkasse über Umlage MDK ³
Vollkräfte	13.700	2.500	4.000	-
Kosten	700 Mio. EUR	170 Mio. EUR	180 Mio. EUR	280 Mio. EUR
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>630 Mio. EUR ca. 9 EUR pro Vers. ca. 1 % der Krankenhausausgaben</p> </div>				

Eigentlich Wahnsinn, oder?

- 1) BDO-Umfrage aus dem Jahr 2011
- 2) Abschätzung auf der Basis von 4.500 Fällen pro VK, ca. 45.000 EUR Ø Personalkosten
- 3) Abschätzung über Umlage von 13 EUR Pro Vers. und 30 % Anteil stationärer Prüfungen

Leistungsentwicklung AOK HH 2007 bis 2012 in den Major Diagnostic Categories (MDCs)

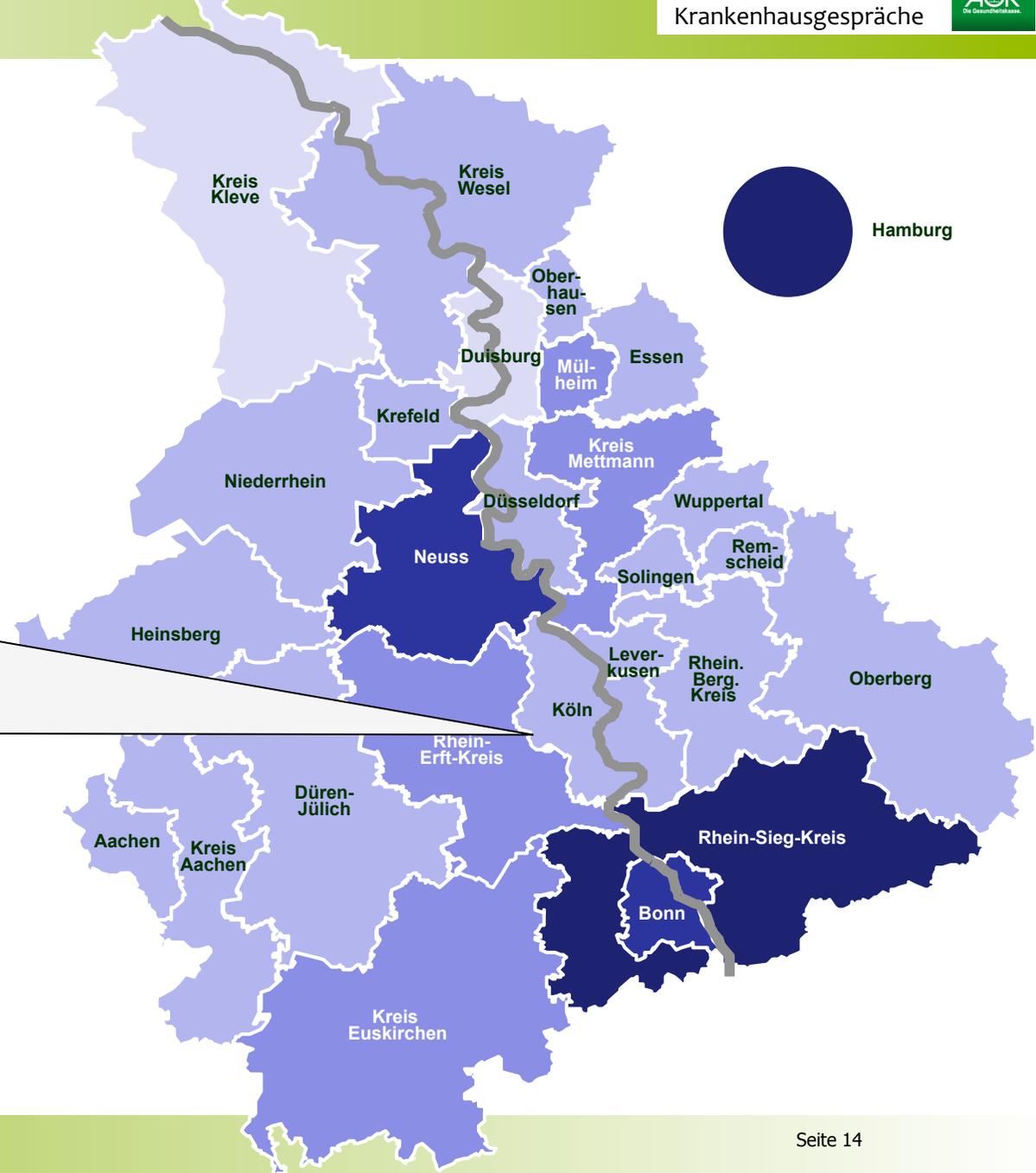
Fallzahl-
entwicklung



TAVI Fallzahlen 2008 bis 2013 mit regionalem Varianzfaktor 9 – was ist der echte Bedarf?

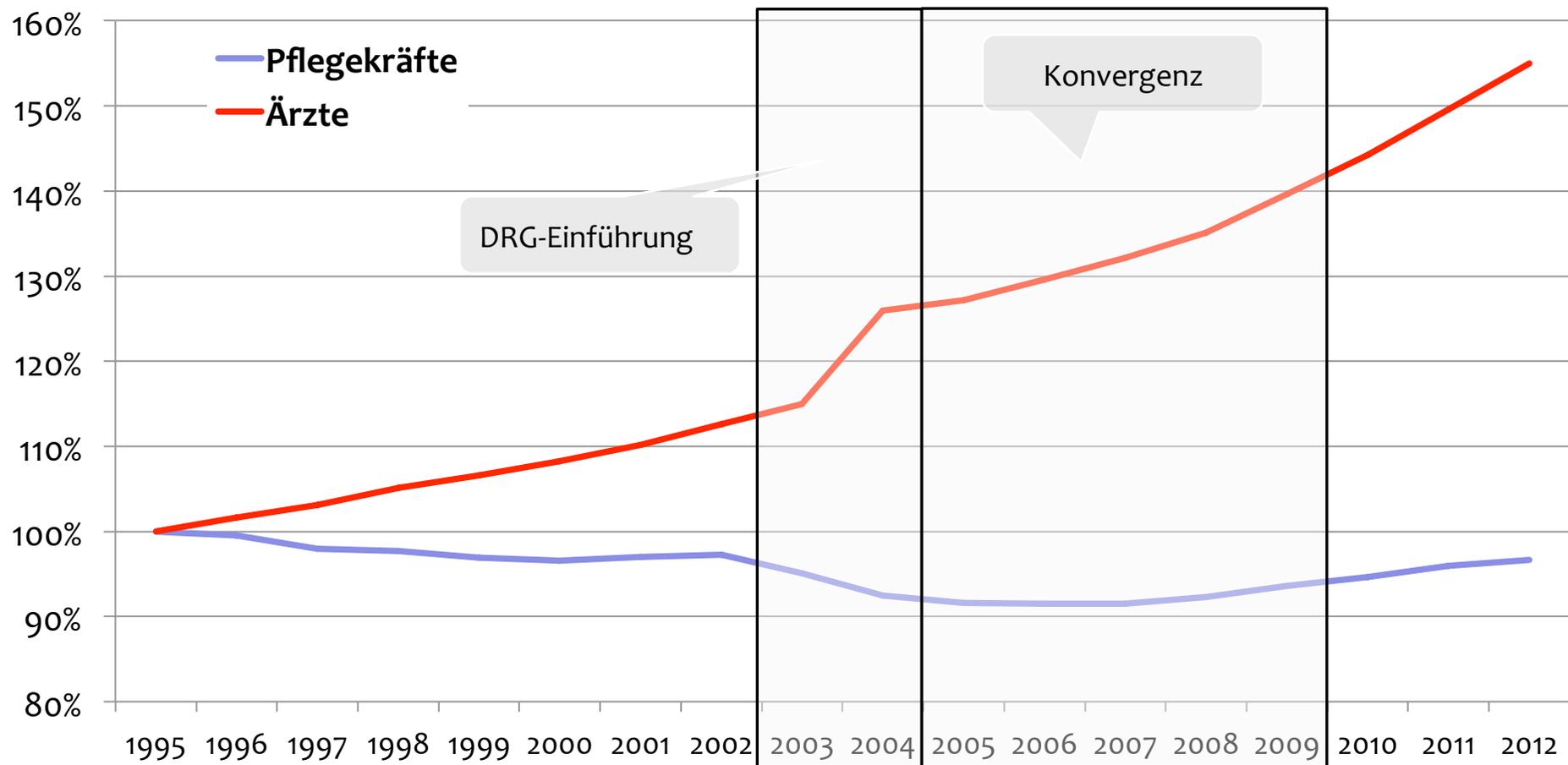
Region	Fallzahl pro 100.000 Versicherte
Aachen	47,89
Rhein.-Berg.Kr.	35,08
Bonn	70,19
Düren-Jülich	24,57
Düsseldorf	34,85
Duisburg	19,66
Essen	34,06
Euskirchen	57,64
Oberberg	39,93
Heinsberg	24,44
Rhein-Erft-Kreis	26,66
Kreis Köln	22,22
Krefeld	24,44
Leverkusen	25,55
Kreis Mettmann	24,44
Mülheim	24,44
Neuss	24,44
Oberberg	24,44
Rhein-Sieg-Kreis	24,44
Rhein-Erft-Kreis	24,44
Düren-Jülich	24,18
Kreis Wesel	30,83
Rhein-Sieg-Kr.	92,90
Solingen	33,15
Kreis Aachen	24,08
Wuppertal	37,54
MG/VIE	28,55
Hamburg	91,73
Durchschnitt	44,42

Rein mathematisch ist die entscheidende Determinante für die Therapieentscheidung bei einer Aortenklappenstenose der **Wohnort**.



Strukturveränderung durch veränderte Anreize im DRG- und Preissystem: Was ist mit der Pflege?

Indiz. Anzahl der Beschäftigten,
1995 entspr. 100%



Quelle: GBE-Bund

Kostensenkung durch Arbeitsverdichtung in der Pflege, gleichzeitig Fallzahlenanstieg durch Prozeduren zusätzlicher Ärzte. Wie ist eine empathische Versorgung sicherzustellen?

Das Zusammenspiel aus pauschalierter Vergütung, einem Preissystem mit fast vollständiger Vergütung zusätzlicher Leistungen und einer passiven Krankenhausplanung hat zu einem rasanten Anstieg der stationären Fallzahlen geführt.

Die pflegerische Besetzung in den Kliniken hält daher schon seit vielen Jahren mit dem Fallzahlanstieg nicht schritt.

Das Phänomen heißt somit „**Unterversorgung in der Überversorgung**“ – Zugespitzt formuliert: Der Patient wird sehr gerne stationär aufgenommen, findet dann aber niemanden vor, der sich um seine Bedürfnisse kümmert.

Wir merken das an den Beschwerden unserer Versicherten nach stationären Aufenthalten. Das häufigste Thema ist eine defizitäre Kommunikation.

Ziele der DRG-Einführung

Mögliche Fehlanreize durch Fallpauschalen

Effekte der DRG-Einführung an Beispielen

Überlegungen zur Kalkulationsstichprobe

Fazit

Private Kliniken beteiligen sich sehr verhalten an der Kalkulation.

Auf der Basis der aktuellen Jahresergebnisse und den damit anzunehmenden günstigen Kostenstrukturen privater Träger könnte man schlussfolgern, dass das hier behandelte Leistungsspektrum durch Kalkulationsabstinz gezielt vor einer Abwertung im Vergleich zu anderen Leistungen geschützt wird.

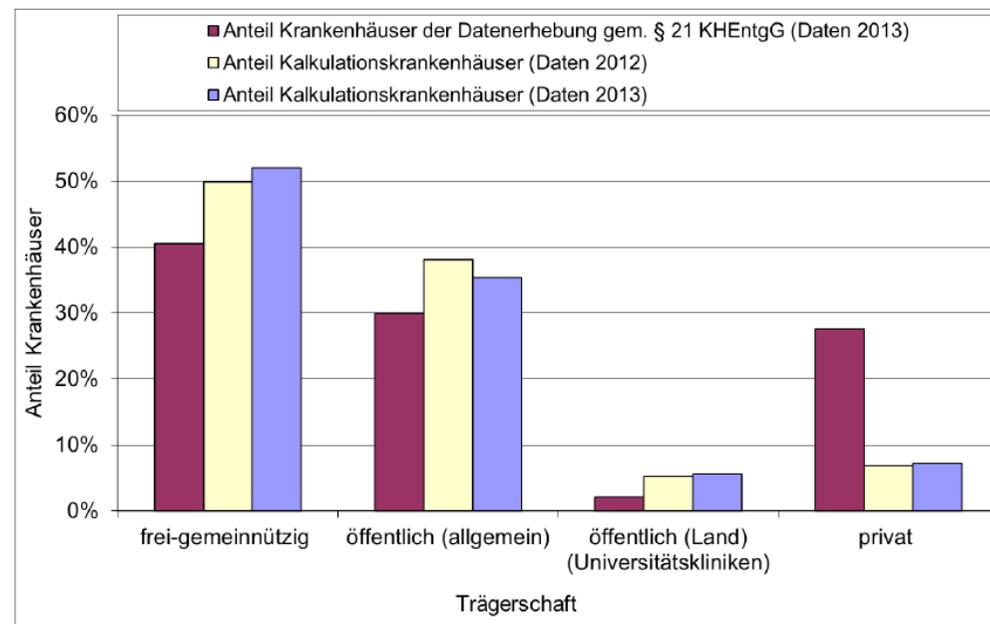


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

Quelle: InEK

Vom InEK werden seit Jahren auch für einzelne Leistungsspektren Auffälligkeiten in der Kalkulationsteilnahme analysiert. Im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie beteiligen sich Kliniken mit elektiver Fließbandfertigung offensichtlich gezielt nicht an der Kalkulation, um einer relativen Abwertung zu entgehen.

Andere Eingriffe an der Wirbelsäule Basis-DRG I10, Fallzahlstärkste Krankenhäuser, Vollstationäre § 21-Daten 2011

Nr.	IK anonymisiert	Fallzahl	Teilnahme Kalkulation	Nr.	IK anonymisiert	Fallzahl	Teilnahme Kalkulation
1	100000001	2.066	nein	13	100000013	914	nein
2	100000002	1.543	nein	14	100000014	899	nein
3	100000003	1.383	nein	15	100000015	885	nein
4	100000004	1.029	nein	16	100000016	861	ja
5	100000005	1.025	nein	17	100000017	842	nein
6	100000006	1.007	nein	18	100000018	816	nein
7	100000007	1.006	nein	19	100000019	809	nein
8	100000008	977	nein	20	100000020	793	ja
9	100000009	974	nein	21	100000021	790	nein
10	100000010	962	nein	22	100000022	749	nein
11	100000011	958	nein	23	100000023	746	nein
12	100000012	939	nein	24	100000024	737	ja

- In der Kalkulationsstichprobe sind Unikliniken überrepräsentiert.
- Nach weit verbreiteter Ansicht und eigener Aussage haben Unikliniken eine ungünstige Kostenstruktur (z.B. durch schwerer betroffene Patientenklientel).
- Gleichzeitig bringen Sie vorrangig und überrepräsentiert die komplexen Behandlungen in die Kalkulation mit ein.
- Daraus folgt, dass die Bewertungsrelationen komplexer Behandlungen auf Kosten der Grundversorgung relativ höher ausfallen.
- Ein Hinweis hierfür mag ein Ergebnis aus dem Extremkostenbericht des InEK sein.
- Auch wenn es sicher anfechtbar ist, von den Kostenausreißern auf alle Fälle im „Bauch“ der Kostenverteilung rückzuschließen, ist es doch auffällig, dass über alle Krankenhäuser die Deckung der Fälle mit komplexen Leistungen (DRGSVL bzw. DRGMaxVUD) positiv ist, die Deckung der Regelversorgung (DRGAVL bzw. DRGRegelVUD) dagegen negativ.

Leistungsgruppe	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax
DRGAVL	-0,1	-8,3
DRGSVL	14,0	2,3

Tabelle 25: Belastungsindex Kostenausreißer für die bereinigten Kosten in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL nach Krankenhausgruppe

Quelle: InEK, Extremkostenbericht 2015

Die Nivellierung der Versorgungsstufen (alle machen alles, Grundversorgung ist unsexy) ist möglicherweise Folge einer fortlaufenden relativen Abwertung von Leistungen aus der Grundversorgung.

Die Sicherstellung einer Repräsentativität der DRG-Kalkulationsstichprobe ist daher ein wichtiger und richtiger Schritt der aktuellen Krankenhausreform.

Es handelt sich aber vermutlich um eine große Herausforderung, von kalkulationsunwilligen Kliniken hochwertige Datenlieferungen zu erhalten.

Ziele der DRG-Einführung

Mögliche Fehlanreize durch Fallpauschalen

Effekte der DRG-Einführung an Beispielen

Überlegungen zur Kalkulationsstichprobe

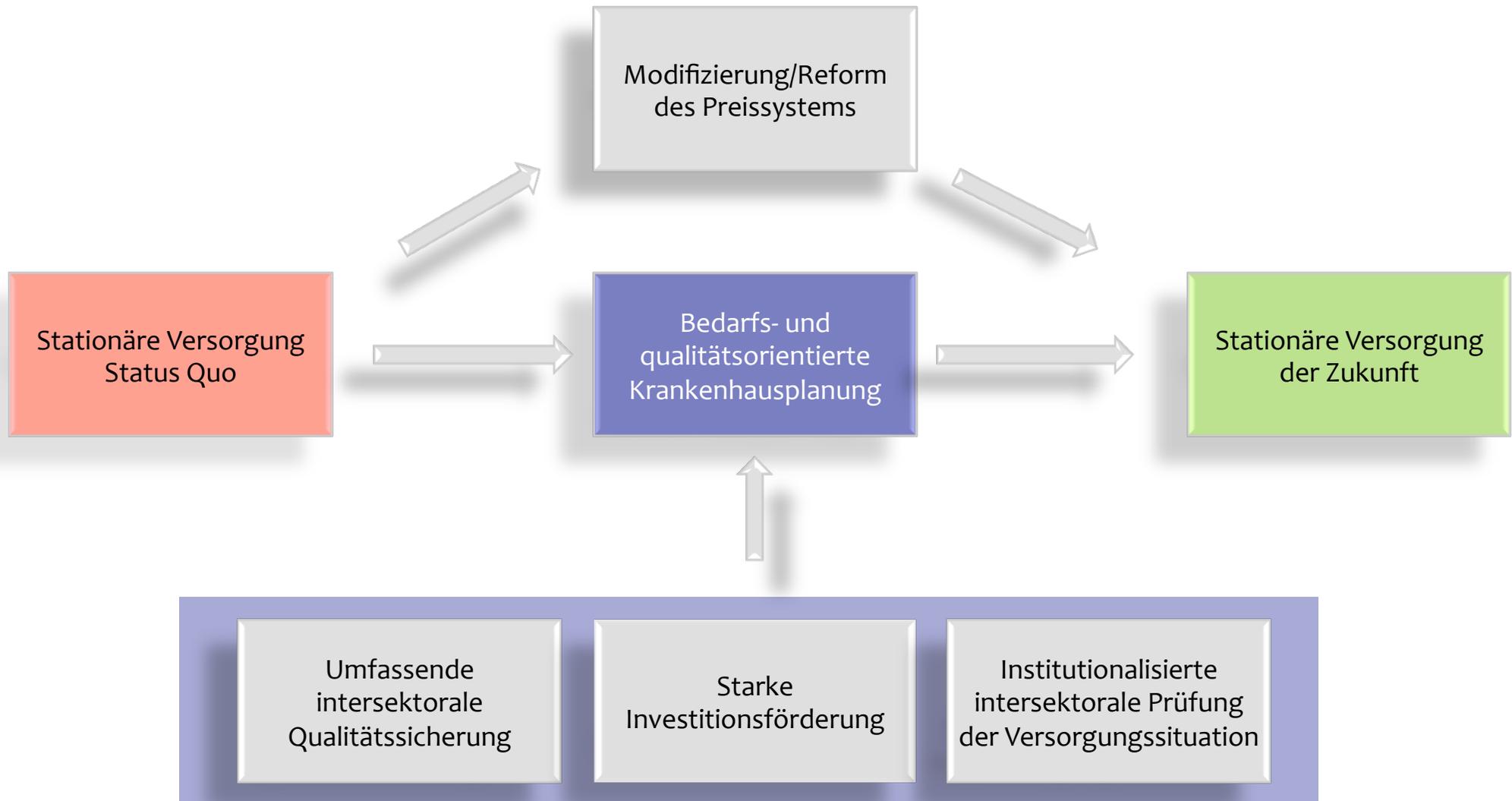
Fazit

Wir erwarten neben optimaler Ergebnisqualität

- eine empathische Patientenversorgung mit präsenten, geduldigen Pflegekräften und Ärzten mit Zeit für Patienten- und Angehörigengespräche
- eine umsichtige, stets wissenschaftlich begleitete Einführung medizinischer Innovationen zur Maximierung des Patientennutzens auf der Basis und zur Erhärtung wissenschaftlicher Evidenz
- eine planvolle Überleitung mit optimaler Abstimmung zwischen Stationsarzt, Pflege, Sozialdienst, Hausarzt, Kasse, MDK, Pflegeheim, Angehörigen, Reha
- optimale Krankenhaushygiene
- ein bedarfsgerechtes Angebot mit gestufter Versorgung, also flächendeckende Grundversorgung und erreichbarkeitsorientiert zentralisierte Maximalversorgung
- patientenindividuell optimale Indikationsstellung bei eingewiesenen Patienten und umsichtige Triage in der Notaufnahme

Das Krankenhausstrukturgesetz setzt thematisch die richtigen Akzente, um Krankenhäuser in die Lage zu versetzen, diese Erwartungen zu erfüllen. Es hapert aber im Detail.

Voraussetzungen für einen patientenorientierten Strukturwandel in der stationären Versorgung



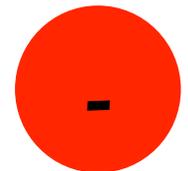
Durch die Einführung des G-DRG-Systems ist die Wirtschaftlichkeit auf Einzelfallebene deutlich gestiegen (Verweildauer, Personaleinsatz).



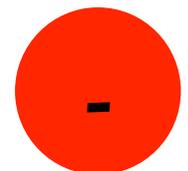
Die Transparenz über das Leistungsgeschehen ist erheblich verbessert worden. Damit sind auch die Grundlagen für eine effiziente Qualitätssicherung gelegt worden.



Die Hoffnung auf bedarfsorientierte Leistungsstrukturen und –kapazitäten hat sich nicht erfüllt. Das System ist heiß gelaufen (Mengensteigerungen). Die Wirtschaftlichkeit der stationären Versorgung insgesamt hat sich damit trotz relativ günstiger Fallkosten nicht verbessert.



Durch erhebliche Fehlanreize läuft die Leistungsentwicklung am Bedarf vorbei. Bedarf wird geschaffen, was kein Ziel eines solidarisch finanzierten Systems sein kann. Die Leistung folgt dem Geld.



Damit wir nicht missverstanden werden: Die stationäre Versorgung in Deutschland ist nach unserer Auffassung qualitativ auf einem hohen Niveau und nach zehn Jahren DRGs auch durch eine relativ hohe Wirtschaftlichkeit gekennzeichnet.

Fehlanreize und Überkapazitäten führen aber leider zu vergleichsweise extrem hohen (nicht bedarfsgerechten) stationären Fallzahlen.

Wir müssen also die Rahmenbedingungen für eine „Entschleunigung“ in der stationären Versorgung schaffen. Dazu gehört

- eine repräsentative Kalkulationsstichprobe
- eine starke bedarfs- und qualitätsorientierte Krankenhausplanung: Der Wettbewerb alleine kann nicht zu bedarfsgerechten Strukturen und Angeboten führen.
- eine weitere Reform des Preissystems: Abkehr vom Grundsatz „Gleicher Preis für gleiche Leistung“ notwendig, um die regional sehr unterschiedlichen Versorgungsbedarfe zu berücksichtigen

Ende

Vielen Dank fürs Zuhören!