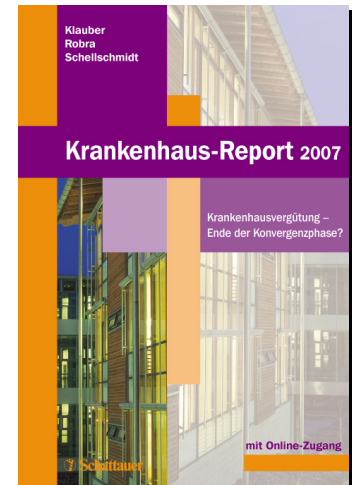


Krankenhaus-Report 2007

Schwerpunkt: Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase

Jürgen Klauber, Bernt-Peter Robra und Henner Schellschmidt

Zusammenfassung



Kapitel 1 Die DRG-Einführung aus gesundheitspolitischer Sicht. Eine Zwischenbilanz

Thomas Braun, Ferdinand Rau und Karl-Heinz Tuschen

Wesentliches inhaltliches Ziel der DRG-Einführung ist die Etablierung eines leistungsorientierten Entgeltsystems, das die Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Qualität im Krankenhausbereich fördert. Die Systemziele stellen auf ein möglichst umfassendes, handhabbares deutsches DRG-System ab, das regelgebunden und transparent weiterentwickelt wird. Die gesetzlich vorgeschriebene Begleitforschung wurde bisher von den Selbstverwaltungspartnern nicht durchgeführt. Mit Blick auf das bevorstehende Gesetzgebungsverfahren zum ordnungspolitischen Rahmen ist es erforderlich, eine Zwischenbilanz zu ziehen. In diesem Beitrag werden bisher vorliegende relevante Ergebnisse und Entwicklungen aufgezeigt.

Kapitel 2 Ein lernendes Vergütungssystem Vom Budgetierungsinstrument zum deutschen Preissystem

Norbert Roeder, Holger Bunzemeier und Wolfgang Fiori

Das G-DRG-System 2007 weist nur noch wenige Gemeinsamkeiten mit seinem australischen Ursprung auf. Grund sind die notwendig gewordenen Anpassungen, um aus einem Budgetierungsinstrument ein Preissystem zu formen. Neben den tief greifenden strukturellen Veränderungen des DRG-Klassifikationssystems stellen die verbesserte Methodik der Kostenkalkulation, Zusatzentgelte und weiterentwickelte Rahmenbedingungen wichtige Meilensteine auf dem Weg zu einem gerechten DRG-Vergütungssystem dar. Erkauft wurde die differenziertere Abbildung mit einer deutlich gestiegenen Komplexität, die effiziente Abrechnung und Verhandlungen zunehmend belastet. Ob ab 2009 mit einem G-DRG-Preissystem abgerechnet werden kann, hängt insbesondere davon ab, ob für die Finanzierung von schwer pauschalierbaren Spezialleistungen Lösungen gefunden werden können.

Kapitel 3 Verändertes Kodierverhalten als eine der ungeklärten Herausforderungen der DRG-Einführung

Jürgen Wasem, Isabelle Rotter, Axel Focke, Gerhard Igl

Im DRG-System ist die Höhe der Erlöse des Krankenhauses von der Menge und Wertigkeit der dokumentierten Leistungen abhängig. Dies löst Anreize für die Krankenhäuser aus, ihr Kodierverhalten zu verändern. Da hiermit keine reale Steigerung des Ressourcenverbrauchs bewirkt ist, regelt der Gesetzgeber, dass Mehrerlöse des Krankenhauses gegenüber dem vereinbarten Erlösbudget, die durch veränderte Kodierung entstehen, vollständig an die Krankenkassen zurückgezahlt werden müssen. Verschiedene Modelle sind entwickelt worden, die an die Stelle einer vereinfachenden gesetzlichen Regelung, wie verändertes Kodierverhalten zu messen ist, treten sollen. Isoliert kann bislang keines dieser Modelle überzeugen. Möglichkeiten der Weiterentwicklung werden diskutiert. Insbesondere erweist sich das Modell der „Komponentenzerlegung“ bei geeigneter Weiterentwicklung als Instrument, um reale von lediglich nominellen Effekten auf den Case Mix Index eines Krankenhauses zu trennen.

Kapitel 4 Ende der Konvergenzphase und Neuordnung der Krankenhaussteuerung: Zum Stand der ordnungspolitischen Diskussion

Günter Neubauer und Andreas Beivers

Mit dem Ende der DRG-Konvergenzphase ist von der Bundesregierung eine Neuordnung der Finanzierung und Vergütung der Krankenhäuser vorgesehen. In dem Artikel werden zunächst die grundsätzlichen Fragen erörtert, die es im Bereich der Krankenhausfinanzierung zu lösen gilt. Danach werden dann die verschiedenen Vorschläge der einzelnen Akteure zur Neuordnung der Krankenhausversorgung systematisch zusammen- und auch gegenübergestellt und aus ordnungspolitischer Sicht bewertet. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich in der Krankenhausversorgung inzwischen der Wettbewerb als ein Steuerungsinstrument angesehen wird, und dies von allen Parteien akzeptiert wird. Jedoch die Interpretationen, was unter Wettbewerb zu verstehen ist, klaffen noch weit auseinander. Zum Abschluss des Artikels wird erörtert, ob die Krankenhausreform noch vor dem Bundestagswahljahr 2009 Chancen hat oder ob sie doch eher von einer neuen Bundesregierung nach dem Jahr 2009 durchzuführen sein.

Kapitel 5 Elektiv wird selektiv – Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009

Wulf-Dietrich Leber, Jürgen Malzahn und Johannes Wolff

Im Krankenhausbereich besteht ordnungspolitischer Handlungsbedarf, weil neben den klassischen Finanzierungsfragen ein Rechtsrahmen für den Kassenwettbewerb zwecks Begrenzung der kollektivvertraglichen Krankenhausbudgets zugunsten wettbewerbskonformer selektiver

Verträge gestaltet werden muss. Die Neuordnung sollte berücksichtigen, dass Krankenhausleistungen unterschiedlich sind. Während für Notfalleleistungen traditionelle planerische Instrumente der Sicherstellung adäquat sind, sollten für elektive Krankenhausleistungen kassenspezifische Verträge vorgesehen werden. Die Auswahl der Häuser erfolgt in einem geordneten Ausschreibungsverfahren. Behandlungsqualität muss Gegenstand der Ausschreibung sein. Wollen Versicherte Leistungen in einem Haus in Anspruch nehmen, mit dem ihre Kasse keinen Vertrag hat, so haben sie einen gesonderten Tarif zu wählen oder aber die Kostendifferenz selber zu tragen. Analoge Ausschreibungsoptionen existieren schon jetzt im Bereich der besonderen ambulanten Versorgung und bei Arzneimittelrabattverträgen.

Kapitel 6 Selektive flexible Budgets für den Übergang vom Kollektiv- zum Selektivvertrag

Desdemona Hucke, Ludwig Kuntz und Rainer Wuttke

Ab dem Jahr 2009 ist die Konvergenzphase für die DRG-Einführung in deutschen Krankenhäusern abgeschlossen, jedoch ist der ordnungspolitische Rahmen noch nicht geklärt. Im folgenden Beitrag wird der Aspekt des flexiblen Budgets und der Budgetverhandlung näher betrachtet. Der Beitrag gelangt zu dem Ergebnis, dass eine vorsichtige Öffnung der Budgetverhandlungen für selektive Verträge, unter Beibehaltung des Prinzips des flexiblen Budgets, eine ausbalancierte Lösung ist.

Allerdings können „selektive flexible Budgets“ nur unter spezifischen Bedingungen ausgehandelt werden: Die Krankenkasse muss bei einem Krankenhaus einen bestimmten Mindestumsatz übertreffen und das ausgliedernde Budget darf einen bestimmten Anteil am gesamten Leistungsvolumen des Krankenhauses nicht überschreiten. Die Auswirkungen eines „selektiven flexiblen Budgets“ werden am Beispiel eines Krankenhausverbundes veranschaulicht.

Kapitel 7 Die Rolle der Universitätsklinik und ihrer Ambulanzen in der zukünftigen Versorgung

Rüdiger Strehl

Die Universitätsmedizin organisiert einen komplizierten Aufgabenverbund. Die Finanzierung der Krankenversorgung ist begrenzt. Finanzausschüsse aus den öffentlichen Haushalten für Forschung, Lehre und Krankenversorgung stagnieren oder sinken. Um im Wettbewerb bestehen zu können, sind neue Aufgabenprofile und Governance-Reformen unerlässlich. Der Zugang zu Innovationen und deren Finanzierung ist eines der zentralen Zukunftsprobleme für die Universitätsmedizin.

Kapitel 8 „Was vorbei ist, ist vorbei“: Zum Übergang in die monistische Krankenhausfinanzierung

Stefan Felder, Stefan Fetzer und Jürgen Wasem

Nur in einem monistischen Finanzierungssystem sind effiziente Innovationsentscheidungen im Krankenhaus möglich. Gegen einen zügigen Übergang in die Monistik wird oftmals eingewendet, dass zunächst der bestehende Investitionsstau abgebaut und gleiche Startchancen für die Krankenhäuser gewährleistet werden müssten. Bei dieser Argumentation wird aber übersehen, dass Investitionsentscheidungen grundsätzlich in die Zukunft gerichtet sind. Eine monistische Finanzierung führt zu höheren Fallpauschalen und schafft so hinreichende Voraussetzungen für neue Investitionen. Die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung sollte in einem monistischen Finanzierungsregime entweder an die Kommunen oder die Krankenkassen übertragen werden. Das Angebot der erforderlichen Krankenhausleistungen kann in einer Region ausgeschrieben werden, falls der Markt dieses nicht erzeugt.

Kapitel 9 Pay-for-Performance: Neue Impulse für den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern?

Markus Lungen, Andreas Gerber und Karl W. Lauterbach

Pay-for-Performance (PfP) bezeichnet im allgemeinen die Verknüpfung der Qualität einer medizinischen Leistung mit der Höhe der Vergütung. Im Ausland existieren bereits vielfältige PfP-Programme. Jedoch bleibt die Evidenz für eine erreichbare Effektivität und Kosteneffektivität bisher gering. Offen bleibt bisher, ob in einem ersten Schritt bereits die krankenhausspezifische Publikation von aussagekräftigen vorhandenen Qualitätsdaten ausreichen würde, um einen Qualitätswettbewerb zu entfachen. Eine Einführung von PfP in Deutschland könnte auf die Daten der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V aufbauen.

Kapitel 10 Perspektiven der Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)

Günther Heller, Christian Günster und Enno Swart

Während international aufwandsarme, auf Routinedaten gestützte Berichts- und Qualitätssicherungssysteme seit langem implementiert sind, wird in Deutschland bis heute – bei der gesetzlich geregelten Beurteilung der Behandlungsqualität im stationären Bereich nach § 137 SGB V – auf spezielle Datenerhebungen gesetzt, die mit erheblichem Zusatzaufwand für die Leistungserbringer verbunden sind.

Daher wurde im Jahr 2002 das Projekt Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR) mit dem Ziel gestartet, Möglichkeiten der Qualitätsmessung auf Basis von GKV-Routinedaten zu prüfen.

In diesem Beitrag soll einerseits der Stand des Projektes mit aktuellen Entwicklungen dargelegt werden, sowie andererseits weitere Perspektiven einer Qualitätssicherung mit Routinedaten in Deutschland aufgezeigt werden.

Kapitel 11 **Komponentenzerlegung und Warenkorbänderungen**

Christian Günster

Die Komponentenzerlegung ist eine Analysemethode zur Marktberichterstattung für Krankenhausleistungen. Sie unterstützt bei der Kategorisierung von nominellen und realen Leistungsstrukturänderungen, wie sie im Mehrerlösausgleich der Krankenhausbudgetvereinbarung von Bedeutung sind. Die Indexanalyse lässt sich zur Bewertung der Casemixentwicklung im Zeitverlauf, aber auch zum Abgleich von vereinbartem und realisiertem Casemix durchführen. Wird die Indexanalyse für einzelne Kliniken durchgeführt, müssen Strukturänderungen aufgrund von solchen DRG-Leistungen berücksichtigt werden, die nur in einer der beiden Vergleichsperioden erbracht bzw. vereinbart, jedoch nicht realisiert oder ohne Vereinbarung realisiert wurden. Der Beitrag zeigt, wie das Konzept der Komponentenzerlegung zu diesem Zweck durch eine Marktzugangs- und eine Marktabgangskomponente ergänzt werden kann, mit deren Hilfe sich der Einfluss von solchen Warenkorbänderungen quantifizieren lässt.

Kapitel 12 **Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG: Methodik, praktische Erfahrungen und Ergebnisse in Baden-Württemberg**

Peter Dirschedl und Matthias Mohrmann

Seit der verpflichtenden Einführung des G-DRG-Systems als Basis der Vergütung von Krankenhausleistungen im Jahr 2004 werden in zunehmendem Umfang Krankenhausfälle durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Auftrag der Krankenkassen geprüft. Während die Möglichkeit verdachtsabhängiger Einzelfallprüfungen nach § 275 SGB V bereits vor Einführung des G-DRG-Systems bestand, wurde die Möglichkeit verdachtsunabhängiger Stichprobenprüfungen im Rahmen der Systemeinführung durch den Gesetzgeber neu geschaffen (§ 17c KHG). Diese Stichprobenprüfungen werden bislang in deutlich geringerem Umfang als die Einzelfallprüfungen durchgeführt. In Baden-Württemberg wurde – als erstem Bundesland – bereits im Jahr 2003 eine Vereinbarung zum Verfahren der Stichprobenprüfungen getroffen und ab dem Jahr 2004 entsprechende Prüfungen durchgeführt. Der Beitrag berichtet über die bisherigen praktischen Erfahrungen und Ergebnisse.

Kapitel 13 **Perspektiven der Palliativversorgung**

Hermann Ewald, Bernd-Oliver Maier, Volker E. Amelung, Thomas Schindler und Nils Schneider

Trotz enormer Fortschritte der Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit in den letzten Jahren weist die Versorgung unheilbar kranker und sterbender Menschen in Deutschland nach wie vor erhebliche Defizite auf. Auf Ebene des Gesundheitssystems stellt sich beispielsweise die Frage des bedarfsgerechten Angebots allgemeiner und spezialisierter palliativer Versorgungsleistungen. Dieser Beitrag stellt neben den Grundlagen der Palliativversorgung den aktuellen

Stand zum Themengebiet vor, wobei besonders auf gesundheitspolitisch initiierte Gutachten und Expertisen aus der jüngeren Vergangenheit eingegangen wird. Im Mittelpunkt des Beitrages steht die Diskussion der Versorgung von Palliativpatienten im Krankenhaus unter DRG-Bedingungen, bevor abschließend die Auswirkungen der aktuellen gesundheitspolitischen Reformen für die Palliativversorgung beleuchtet werden.

Kapitel 15 Die Krankenhausbudgets 2004 bis 2006 unter dem Einfluss der Konvergenz

Jörg Friedrich, Gregor Leclerque und Katrin Paschen

Im Rahmen der G-DRG-Einführung wurde mit der sogenannte Konvergenzphase eine Übergangsperiode vorgesehen, an deren Ende idealtypischerweise eine landeseinheitliche Vergütungshöhe für DRG-Entgelte umgesetzt ist. Als Folge einer Budgetumverteilung zwischen den Krankenhäusern eines Bundeslandes nähern sich die hausinternen Basisfallwerte der Krankenhäuser kontinuierlich an den jeweiligen Landesbasisfallwert an. Der vorliegende Beitrag untersucht ausgehend vom Basisjahr 2004, wie weit dieser Konvergenzprozess bis 2006 bereits fortgeschritten ist und ob die tatsächliche Entwicklung der idealtypischen Vorstellung entsprochen hat. Tatsächlich ist festzustellen, dass die Konvergenz der hausindividuellen BFW gegen die LBFW vorangeschritten ist. Allerdings folgt die Annäherung auf der Ebene des Einzelhauses nicht notwendigerweise der idealtypischen Vorgabe, sondern unterliegt auch anderen Einflussfaktoren, wie z. B. den jährlichen G-DRG-Katalogrevisionen. Dabei überwiegt die Zahl der Krankenhäuser, die im Lauf der Zeit von der BFW-Angleichung profitieren. Zudem lässt sich für das Jahr 2006 zeigen, dass der Konvergenzprozess nicht aufkommensneutral erfolgt ist.

Kapitel 16 Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2005

Ute Bölt

Dieser Beitrag fasst die Ergebnisse der Krankenhausstatistik für das Berichtsjahr 2005 zusammen. Die Krankenhausstatistik ist eine seit 1991 bundeseinheitlich durchgeführte jährliche Vollerhebung. Auskunftspflichtig sind die Träger der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Dargestellt werden die Ergebnisse zu den Grunddaten (z. B. Betten, Fachabteilungen, Personal, Patientenbewegungen) und den Kostendaten (Personal- und Sachkosten) der Krankenhäuser. Die erstmalig für das Berichtsjahr 2005 veröffentlichte fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) wird, wie die Diagnosedaten der Krankenhauspatienten sowie die Grund- und Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in einem gesonderten Beitrag behandelt (siehe Kapitel 17–19).

Kapitel 17 Statistische Krankenhausdaten: Diagnosedaten der Krankenhäuser 2005

Torsten Schelhase

Die Diagnosen der Krankenhauspatienten bilden das gesamte vollstationäre Geschehen in den deutschen Krankenhäusern ab. Dieser Beitrag beschreibt die Ergebnisse der Diagnosedaten der Krankenhauspatienten für das Jahr 2005. Diese amtliche Statistik wird seit 1993 jährlich als Vollerhebung durchgeführt. Alle Krankenhäuser in Deutschland sind auskunftspflichtig. Erfasst werden alle Patienten, die im Berichtsjahr aus der vollstationären Behandlung eines Krankenhauses entlassen werden. Im Jahr 2005 waren dies insgesamt 17,03 Millionen Patienten. Damit ist die Fallzahl im Vorjahresvergleich wiederholt gesunken.

Die Ergebnisse der Diagnosen werden nach wichtigen Indikatoren wie Hauptdiagnosen, Alter, Geschlecht, Verweildauer und Fachabteilungen dargestellt. Aufgrund geschlechts- und altersspezifischer Morbiditätshäufigkeiten werden die Ergebnisse teilweise standardisiert und so um den demographischen Effekt bereinigt. Dadurch sind bevölkerungsunabhängige Aussagen möglich.

Kapitel 18 Fallzahlbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der Patienten auf Basis der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz

Jutta Spindler

Mit den DRG-Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) ist es gelungen, eine weitere wichtige Datenquelle für das Statistische Bundesamt zu erschließen und die neue Fachserienreihe Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) einzurichten. Zentrale Ergebnisse zur stationären Versorgung des Jahres 2005, die das Informationsspektrum der bisherigen amtlichen Krankenhausstatistik ergänzen und erweitern, sind Gegenstand des Beitrags. Im Vordergrund stehen die Art und Häufigkeit durchgeführter Operationen und medizinischer Prozeduren sowie die Darstellung wichtiger Hauptdiagnosen ergänzt um ihre jeweiligen Nebendiagnosen auch unter fachabteilungsspezifischen Gesichtspunkten der vollstationär behandelten Krankenhauspatientinnen und -patienten.

Kapitel 19 Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Thomas Graf

In diesem Beitrag werden die Ergebnisse zum Angebot und zur Inanspruchnahme der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland für das Berichtsjahr 2005 dargestellt. Neben den Krankenhäusern gehören sie ebenfalls zum Berichtskreis der amtlichen Krankenhausstatistik. Das Angebot der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen wird durch eine sachliche, personelle und fachlich-medizinische Komponente bestimmt. Informationen über

diese Leistungskomponenten liefern die Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Aussagen über den Umfang der Inanspruchnahme von stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen können ebenfalls anhand der Grunddaten getroffen werden. Darüber hinaus stehen ab 2003 differenziertere Ergebnisse zur Diagnose- und Patientenstruktur in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten zur Verfügung, denn mit der ersten Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung wurde die Berichtspflicht im Rahmen der Diagnosestatistik auf die genannten Einrichtungen ausgedehnt.