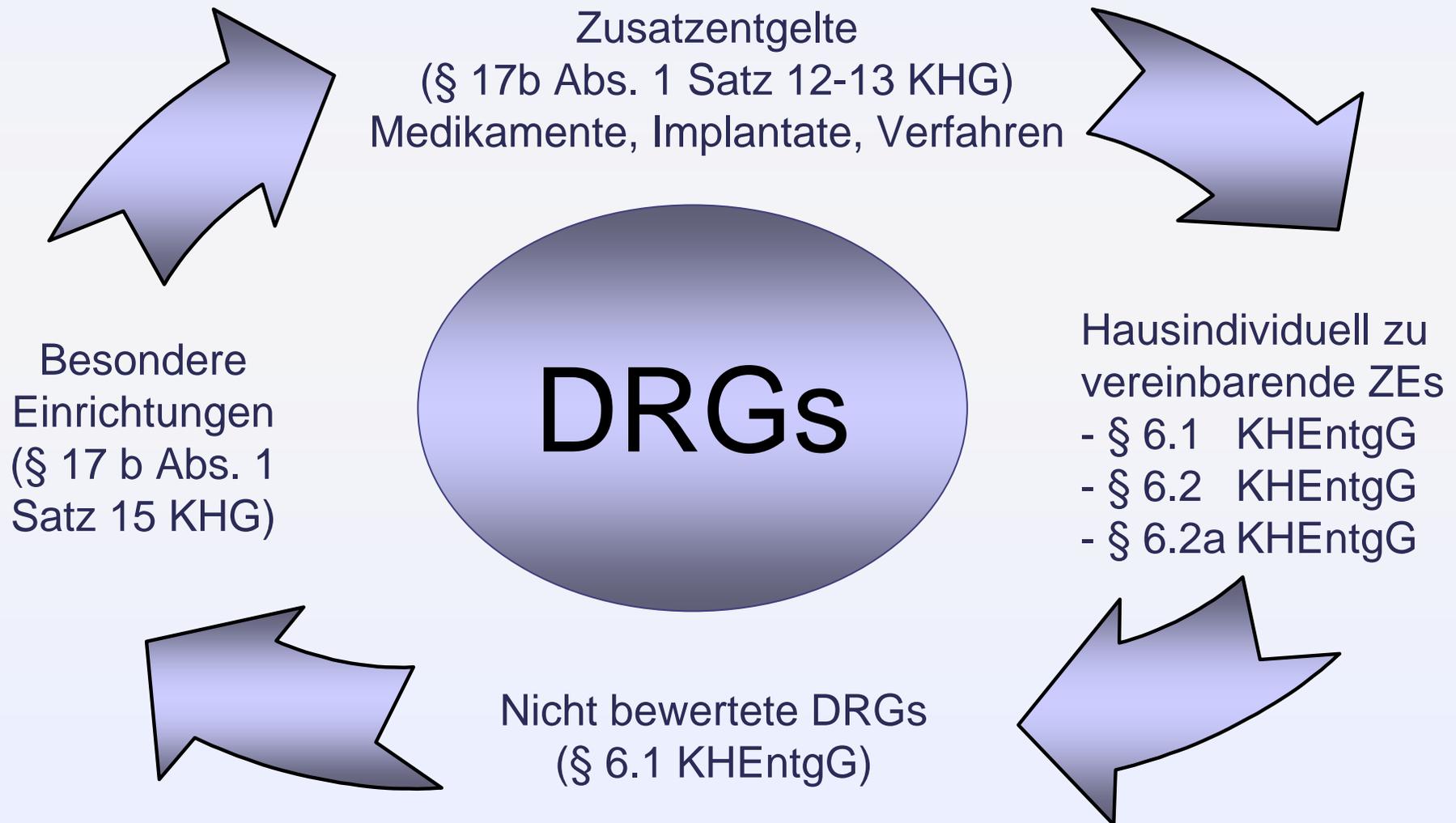


DRGs und Onkologie 2006

Konsequenzen für das Krankenhaus

Wolfgang Fiori
Stabsstelle Medizincontrolling des Universitätsklinikums Münster
DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster

DRGs und alternative/additive Vergütungsformen



Strategie im Preissystem: Kosten senken !

■ Sachkosten (20%) ■ Infrastruktur (10%) ■ Personalkosten (70%)



Ein Personalkostenanstieg von 3% müsste in diesem Beispiel über eine Sachkostenreduktion von 10,5% kompensiert werden!
(Gefahr der stillen Rationierung)

Eine Mehrwertsteuererhöhung von 3% (Sachkosten/Infrastrukturkosten) kann durch eine Reduktion von 1,3% der Personalkosten kompensiert werden

Konsequenz: Personalkosten müssen gesenkt werden
→ Prozesse optimieren

Ziel: Gleiche Qualität bei geringeren Kosten !!!

Komplexe DRG-Definitionen

Komplexe Abfragealgorithmen

- Leistungsstrukturveränderungen können schwer abgeschätzt werden (z.B. neue Intensivbetten, neue(r) Chefärztin/Chefarzt, neue(r) Operateur(in))
 - Fallmengenplanung nur noch auf Basis von Alt- oder Fremddaten möglich (selbst dann ist umkodieren häufig notwendig)
 - Missverständnisse bei der Abrechnung mit Selbstzahlern aber auch einigen Krankenkassen sind vorprogrammiert
 - Black-Box führt zu Akzeptanzproblemen
 - Einsatz für Qualitätssicherung, Behandlungspfade, Bedarfsplanung, Gesundheitsstatistik, etc. nicht sinnvoll
- ➔ Verwendung der DRGs außerhalb der stationären Abrechnung kaum noch sinnvoll

DRGs und Qualität

- Das DRG-System ist per se nicht pädagogisch
- Die Bewertungsrelationen stellen eine Bestandsaufnahme der gängigen Praxis/Kosten der an der G-DRG-Kalkulation teilnehmenden Krankenhausstichprobe dar
- unterschiedliche Therapiekonzepte können nur eingeschränkt abgebildet werden
- Dominanz der Durchschnittsversorgung
- Keine Möglichkeit der Abbildung seltenerer Spezialisierungen im G-DRG-System

DRGs beschreiben keine Qualität

- Eine Abbildung von Qualität im G-DRG-System ist nur sehr eingeschränkt möglich (in Form von Mindeststandards: z.B. Komplexziffern). DRGs beschreiben bestenfalls Leistungsinhalte
- Ohne Festlegung von Behandlungs-/Qualitätszielen kann nicht gemessen werden, ob unterschiedlich teure Anbieter ihren Preis auch Wert sind
- Kann Qualität nicht gemessen werden, erfolgt ein reiner Preis-/Kostenwettbewerb
- Qualität als Wettbewerbsvorteil wirkt allenfalls bei elektiven Eingriffen oder chronischen Erkrankungen
- Wie kann Qualität transparent gemacht werden?

DRGs und Qualität

- Vereinbarung von Leistungsmengen bei sachkostenlastigen Leistungen (z.B. ZE, DRG mit Implantaten) führen bei Ressourcenknappheit unweigerlich zu Wartelisten und Triage
- Episodenorientierte Finanzierung kann einen Einfluss auf Qualität der Versorgung haben (z.B. Lebenszeiten von Implantaten, Koronarstents, etc.)
- Sektorale Budgetierung führt zum Cost-Shifting und ggf. zu ineffizienter und qualitativ schlechterer Versorgung im Gesamtkontext
- Auftrag zur Versorgungsforschung gesetzlich festgelegt (§ 17 b Abs. 8 KHG), erste Ergebnisse sind 2005 zu präsentieren